
Shelf
FOUNDED 1852
1888,
CONDITA A.D.
1630.
BOSTON PUBLIC LIBRARY
Aug. 7, 1888.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

1888. — TOME I

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant les Mardi, Jeudi et Samedi

Rédacteur en chef :

LE Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières,

1888. — TOME I

PARIS
LECROSNIER ET BABÉ, ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1888

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 1 MARDI 3 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 1 Mardi 3 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Réflexions sur un cas de mal comitial avec aura intestinale (1),

par le Dr Paul Berbez.

Chef de clinique adjoint à la Salpêtrière

Lors de l'avant-dernière séance de la Société clinique, on a soulevé à propos d'une communication de M. Gilbert Ballet une question des plus importantes qui peut se formuler ainsi : Une irritation des nerfs phériphériques, une lésion des extrémités nerveuses des organes viscéraux tant crâniens que thoraciques et abdominaux peuvent-elles engendrer le mal comitial ?

En d'autres termes, une excitation périphérique peut-elle, grâce à des conditions de siège, d'intensité, de spécificité devenir le point de départ d'un reflexe dont l'effet dernier est ce qu'on appelle l'attaque d'épilepsie ?

Notre excellent président, M. le Prof. Bouchard, se laissait à moitié convaincre par les expériences de M. Brown-Sequard sur le cobaye, M. Ruault rappelait le mémoire que vient de publier notre ami Lannois, de Lyon, sur les épilepsies à point de départ auriculaire. Chacun se demandait si, du moment où le frôlement ou le pincement seul de la peau d'un cobaye au niveau du cou produit une attaque d'épilepsie, il n'est pas vraisemblable d'admettre qu'une excitation dans la sphère d'un nerf crânien ou de tel autre nerf que l'on voudra, peut produire le même effet?

Théoriquement, la chose n'a rien d'impossible. Dans tons les cas, la discussion est nécessaire et nous demandons l'autorisation d'y prendre part appuyé sur une observation que nous rapportons *in extenso* et sur quelques souvenirs personnels.

Parmi les auteurs il en est peu qui nient la possibilité d'attaques d'épilepsie à point de départ périphérique. M. Ballet a donc rompu en visière avec l'opinion générale quand il nous a dit, lors de notre dernière réunion, qu'ayant dépouillé un grand nombre d'observations

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

d'épilepsie à point de départ gastro-intestinal, il avait été étonné de voir tant de *comitiaux vrais*, rangés du fait d'une aura périphérique dans la classe des épilepsies dite réflexes.....

A propos d'un des deux malades dont il nous rapportait la très intéressante observation, il signalait encore le peu d'importance d'une affection auriculaire sur la production des crises d'épilepsie.

Nous avons dans nos notes l'histoire d'un malade dont l'affection semble rentrer parfaitement dans le cadre des épilepsies dites reflexes. C'est cette observation accompagnée de quelques reflexions que nous voulons aujourd'hui présenter à la Société clinique.

Antécédents. — *Père,* 45 ans, n'a jamais été malade, est d'un caractère très égal.

Grand-père paternel, mort à 76 ans. Était depuis deux ans paralysé du côté droit après un ictus. Le mouvement était revenu dans la jambe, mais la paralysie avait persisté dans le membre supérieur.

Grand'mère paternelle, petite femme brune, bien portante, un peu nerveuse et très active.

Un oncle paternel est très nerveux, emporté, mais n'a pas de maladie nerveuse caractérisée.

Mère très nerveuse, assez emportée. S'énerve quand une chose la contrarie. N'a jamais eu de crise d'épilepsie, c'est depuis une méningite à 13 ans que cette femme est si nerveuse. *Migraineuse* depuis la puberté.

Grand'mère maternelle morte en Amérique du vomito-negro.

Grand-père paternel fort et vigoureux.

Trois oncles maternels se portent bien, *mais ont des migraines.*

Rien à remarquer dans la ligne collatérale.

Le malade a deux frères et sœurs qui jouissent d'une santé parfaite.

Deux enfants sont morts déjà à 5 ans du croup.

Antécédents personnels. — L'enfant a été conçu et porté pendant le siège et pendant la Commune. La mère a eu des accidents et des frayeurs de toute nature : fédérés fusillés sous les fenêtres, obus éclatant dans l'appartement, etc., etc.

Né au mois d'août 1871. Bonne couche, l'enfant à peine au monde a souffert du ventre. Sorte de péritonite. A été mis au régime des bains aussitôt après la naissance.

Convulsions au moment de la dentition assez souvent répétées.

Grandes difficultés pour sevrer le petit malade qui a beaucoup souffert.

Rougeole. Scarlatine. Variole. L'enfant a vécu au lit jusqu'à huit ans.

1883, en septembre. *Fièvre typhoïde à 13 ans.* — Dans la période

d'incubation de cette fièvre, l'enfant étant aux lieux d'aisance a eu une attaque d'épilepsie.

Il venait de déjeuner comme d'habitude d'un bol de chocolat et était assis dans la salle à manger, quand il ressentit brusquement un besoin impérieux d'aller à la selle, il se leva, eut le temps de défaire ses vêtements sans souffrir autrement et il s'assit sur le siège.

A peine la défécation était-elle terminée qu'il sentit tout d'un coup une tranchée, une douleur très vive dans tout l'abdomen.

Cette douleur dura à peine un quart de minute quand l'enfant poussant un cri perdit connaissance, tomba la tête la première, vomissant et rendant des matières par le bas.

La mère se précipita pour le relever et le trouva inerte, ne se débattant pas, pâle et les yeux convulsés.

Il n'y eut pas plus d'un ou deux vomissements.

L'enfant était glacé, il fallut le frictionner, le couvrir d'édredons, il ne reprit connaissance qu'au bout d'un quart d'heure, ne se souvenant de rien si ce n'est de la douleur abdominale.

La fiévre typhoïde débutait franchement huit jours après et durait près de trois mois grâce à une rechute.

Les phénomènes nerveux n'ont rien eu de remarquable pendant cette maladie aiguë.

Deuxième crise un an après la première. — Encore aux cabinets, sans cri cette fois, avec une perte de connaissance qui dure deux ou trois minutes, même douleur de ventre, etc.

Troisième crise étant au bataillon scolaire. — Il est pris tout d'un coup d'envie d'aller à la selle sans douleur abdominale.

Depuis, crises toutes les six semaines ou tous les deux mois.

Ces crises se passent presque toujours de la même façon, le matin toujours (une seule fois à 11 heures), besoins impérieux d'aller à la selle, coliques. Le malade s'asseoit sur le siège et alors avant la défécation ou pendant qu'elle s'accomplit, perte de connaissance précédée ou non de crise.

Retour de la connaissance toujours au bout de deux ou trois minutes. Toute la journée qui suit, hébétude, malaise, fatigue excessive, inaptitude à travailler.

L'enfant en outre a des migraines presque toujours limitées au côté droit de la tête.

Sorte de gloussements. — Grimaces involontaires. — Caractère enfantin. Mobilité excessive de caractère, tantôt immobilité absolue, il reste des heures entières à regarder passer les gens dans la rue, d'autrefois il déploie une activité fiévreuse, crie, s'amuse, hurle d'une façon insolite. Dans ces moments-là, les parents redoutent une crise de nerfs, l'envoient coucher. La nuit, pas

de cauchemars, mais mouvements brusques d'extension ou de flexion des bras et des jambes.

Comme examen extérieur du malade, on trouve : une taille très au-dessous de la moyenne : 1 m. 34 ; une tête très volumineuse ; des yeux enfoncés et *presque latéraux* ; une dentition très irrégulière ; une voûte palatine en forme d'ogive ; des oreilles à lobule adhérent, etc.

Novembre 1886. — L'enfant pris par un médecin de son quartier pour un hystérique est adressé au professeur Verneuil qui l'envoie à la Salpêtrière pour consulter M. Charcot. Là, on rejette l'idée d'hystérie et l'on institue le traitement bromuré avec doses croissantes de bromure.

Nous avons pu ce jour-là nous assurer que l'enfant ne présentait aucune anomalie testiculaire et n'offrait encore aucune trace de nubilité.

Le petit malade a suivi son traitement d'une façon extrêmement régulière. Le chef de la maison de banque où il est employé me l'ayant adressé et recommandé particulièrement, j'ai pu l'observer de très près.

Les débuts du traitement furent des plus heureux. Pendant tout le mois de décembre, il n'eut aucune crise, c'est seulement le 13 janvier 1887 que l'enfant eut une crise peu violente. Il sentit comme d'ordinaire une douleur intestinale dont il reconnut aussitôt la nature et la signification ; il courut aux cabinets et tomba ayant à peine eu le temps de défaire ses vêtements. La bouche se dévia, les membres se raidirent, il y eut quelques mouvements cloniques, puis tout rentra dans l'ordre. Cette fois l'enfant put se rhabiller seul et sortir sans l'aide de sa mère. C'était la première fois que pareille chose lui arrivait.

La journée qui suivit la crise ne fut marquée par aucun évènement remarquable; le malade ne fut pas aussi hébété et aussi déprimé que d'habitude.

En mars 1887, le malade eut deux crises avortées dans lesquelles il ne perdit pas connaissance. Comme il avait gardé tout son sang-froid, il nous raconta qu'il avait brusquement ressenti dans le ventre la sensation douloureuse qu'il ressentait d'ordinaire. Cette sensation fut suivie d'un besoin impérieux d'aller à la selle, il se mit en devoir de le satisfaire et put y parvenir en n'éprouvant que de légers vertiges avec tendance à la rotation de la tête et nausées.

Tout se dissipa en très peu de temps.

Depuis, c'est-à-dire de mars à décembre 1887, le petit malade n'a eu aucune crise, il ne s'est jamais reposé plus d'un mois, il est vrai, entre les périodes de traitement. Cependant la puberté est arrivée; il

lui est venu de la moustache, à la fin de novembre, il était presque aphone, le matin il avait cette voix de coq des jeunes gens qui muent. Cette grande révolution de la puberté n'a réveillé en rien le mal comitial.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 décembre 1887. — *Présidence de* M. Férréol.

M. Férréol, président, annonce la mort de M. Bernutz et ajoute qu'il a légué à sa ville natale une somme de 100,000 francs pour l'hôpital, à la condition expresse que le service continuerait à y être fait par des religieuses. En agissant ainsi, M. Bernetz a été conforme aux convictions de toute sa vie et a de plus confirmé la protestation de presque tous les médecins des hôpitaux de Paris contre la laïcisation, protestation motivée par le seul intérêt des malades.

Farcin chronique chez l'homme. — *M. Bucquoy* a observé un homme de 46 ans, ayant, depuis plusieurs mois et à intervalles éloignés, des abcès disséminés en divers points du corps dans les muscles et le tissu cellulaire. Le premier de ces abcès avait eu pour point de départ une plaie suppurée de la main compliquée d'angioleucite et d'adénite phlegmoneuse axillaire. Progressivement, amaigrissement, pertes des forces, fièvre. M. Bucquoy pensa au farcin chronique, et cela avec d'autant plus de raison que le malade conduisait un cheval appartenant à une écurie où avait sévi la morve. Le malade succomba à de nouveaux abcès accompagnés d'aggravation de l'état général. A l'autopsie : nombreux abcès farcineux disséminés; deux abcès dans la cavité crânienne, l'une dans les méninges, l'autre dans l'encéphale, vaste ulcération de la muqueuse respiratoire occupant la base de la langue et les replis glosso-épiglottiques, et cette lésion est pour les vétérinaires caractéristique de la morve.

Pendant la vie du malade, des inoculations et des cultures furent faites et ont montré : 1° la résistance de l'âne au virus morveux; 2° les services que peuvent rendre les cultures dans ces cas de diagnostic douteux.

C'est pour se conformer à l'usage que M. Bucquoy a intitulé cette observation : farcin chronique ; en réalité, c'est un cas de morve transmis du cheval à l'homme. Les manifestations variées de l'affection farcino-morveuse résultent probablement de la qualité du virus, du mode de transmission, enfin du terrain de culture ; d'où le carac-

tère farcineux de la maladie chez l'homme, son apparence larvée et partant la nécessité d'appeler l'attention des médecins sur la confusion première du farcin avec l'infection purulente.

M. Féréol a dans son service un bourrelier, avec des abcès multiples et exclusivement cutanés. Cet homme a été en contact avec des chevaux malades, mais a aussi des antécédents tuberculeux. M. Nocard a dit, à première vue, que le pus des abcès contenait des bacilles analogues à ceux de la morve, mais a réservé son opinion ferme jusqu'après les expériences sur les animaux.

Leucocythémie thyroïdienne. — *M. Hayem* entretient la Société du cas d'une femme de 62 ans qui, depuis son dernier accouchement, il y a quatorze ans, remarqua un gonflement du corps thyroïde. Depuis octobre dernier, ce gonflement a considérablement augmenté et produit des phénomènes graves de compression. L'examen du sang montre 70,000 globules blancs par centimètre cube. Rien au foie, ni à la rate, ni aux ganglions.

M. Hayem se demande si le développement rapide de ce goître ne serait pas la cause de la leucocythémie. D'autre part, que faire en présence des accidents graves de compression ?

M. Bucquoy est d'avis d'essayer la méthode de M. Duguet avec les injections iodées, en commençant par la périphérie du goître. M. Bucquoy vient d'observer les excellents résultats de cette méthode.

M. R. Moutard-Martin pense que l'électrolyse pourrait être tentée si la tumeur est kystique et présente des lacs sanguins.

M. Rendu se demande s'il ne s'agit pas d'un fait de leucocythémie, suite de carcinome comme ceux signalés dans la thèse d'Alexander. Mais M. Hayem fait remarquer que le chiffre élevé des globules blancs écarte cette hypothèse.

M. Bucquoy s'élève contre la valeur attribuée à l'absence de douleur pour écarter l'idée d'une tumeur maligne.

M. Chauffard propose les injections de liqueur de Fowler à faible dose. C'est ce que compte faire *M. Hayem.*

Angéiocholite suppurée. — *M. Ferrand* présente un foie rempli d'abcès paraissant occuper les alvéoles biliaires et provenir d'une angéiocholite suppurée sans obstruction biliaire et sans concrétion.

M. Rendu fait remarquer que l'absence de distension uniforme du foie, sa coloration normale, la présence dans chaque abcès d'un infarctus gangréneux et enfin l'absence de dilatation ancienne du canal cholédoque font plutôt penser à une affection septique.

Sapelier.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE CLINIQUE CHIRURGICALE, t. V, par le Dr *Péan*. Alcan, édit. Paris, 1887.

Ce volume énorme comme les précédents, continue la série des observations recueillies dans le service de M. Péan, à Saint-Louis Il comprend les années 1881 et 1882.

Il est dû MM. Monnier, Jonin, Defontaine, Hue, de Brun, de Langenhafen, Guillot, internes et 12 externes.

Quatorze leçons précèdent la série des observations, qui forment la plus grosse partie du volume. Nous signalerons parmi elles la leçon qui a trait aux kystes hydatiques de la prostate, aux abcès trochantériens ostéopathiques, aux abcès du pli de l'aine, parmi lesquels les abcès adénitiques virulents et enfin tout particulièrement l'hystérotomie vaginale totale où nous trouvons une revendication acrimonieuse du procédé de Richelot, pour la suppression de toute ligature après section des ligaments larges.

La lecture de toutes les observatious est impossible, mais les conclusions sous forme de considérations générales sont du plus haut intérêt et montrent quels progrès a encore à faire le service chirurgical de Saint-Louis, pour procurer une asepsie absolue et obtenir une chirurgie digne des méthodes actuelles.

Sur 457 opérations faites pour des tumeurs liquides ou solides, des évidements et des résections osseuses, des amputations, des désarticulations, etc.; il y eut 16 morts qu'on peut attribuer à l'opération :

1 mort par le chloroforme, 2 par hémorrhagies secondaires, 1 par tétanos, 5 *par érysipèle*, 2 *infections purulentes*, 2 *par septicémie aiguë*, 1 péritonite, 1 pneumonie, 1 méningo-encéphalite.

Chez 18 autres la mort est due à des complications et parmi celles-ci quelques-unes peuvent être rapportées à l'opération, 2 morts par étranglement interne, après une kélotomie, 6 de septicémie chronique, puis 2 cas de congestion pulmonaire après kélotomie, 3 d'accidents urémiques, 1 de granulie, 1 de comadiabétique, 3 de causes inappréciables.

« Les 403 autres opérés sont sortis de l'hôpital assez bien guéris pour qu'ils *puissent continuer à se soigner chez eux*. »

Telles sont les conclusions que nous trouvons à la fin du livre ; nous devons ajouter qu'en regardant les tableaux statistiques pour les comparer à ces conclusions, on trouve non pas 2 cas d'infection purulente mais 4, non pas 5 cas de mort par érysipèle mais 6. Enfin, que les érysipèles n'ayant pas amené la mort sont au nombre de 5, ce qui fait 11 cas d'érysipèle apparus dans le service.

Ce sont des résultats qu'il était intéressant de signaler, et le livre de M. Péan est instructif à cet égard. Dr F. VERCHÈRE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RÉTRÉCISSEMENT CONGÉNITAL DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, par le Dr *P. Durey-Comte*. Thèse de doctorat en médecine, Paris, 1887, in-8°, 127 pages. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

La plupart des observations de lésions congénitales du cœur sont publiées sous le nom de cyanose, et cependant la coloration bleue de la peau peut manquer alors que le caractère congénital de la maladie ne peut faire l'objet d'aucun doute. C'est la plus fréquente de ces lésions congénitales, le rétrécissement de l'artère pulmonaire, que le Dr Durey-Comte décrit dans sa thèse comme une entité morbide. Après quelques pages consacrées au développement du cœur et des gros vaisseaux et destinées à mieux faire comprendre la pathogénie des anomalies cardiaques qui accompagnent le rétrécissement de l'artère pulmonaire (que ces anomalies soient dues à des arrêts de développement ou à des influences mécaniques), le Dr Durey-Comte étudie successivement l'anatomie pathologique, la physiologie pathologique, l'étiologie, la symptomatologie, la marche, le pronostic et le diagnostic du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Quant à la thérapeutique, elle ne peut rien contre une lésion cardiaque irrémédiable, le traitement doit se borner à la médication des symptômes. La thèse du Dr Durey-Comte est donc une monographie complète de l'affection que liront tous ceux qui s'intéressent aux maladies des enfants. Bien peu de malades atteints de rétrécissement de l'artère pulmonaire arrivent, en effet, à l'âge adulte : la plupart meurent avant 20 ans et même avant 10 ans. C'est ainsi que d'après une statistique de Küssmaul, dans 64 cas des ténose pulmonaire, 8 malades moururen à 1 an, 14 de 1 à 5 ans, 19 de 5 à 10 ans, 14 de 10 à 20 ans, 9 de 20 à 30 ans. Ce n'est que dans de cas tout à fait exceptionnels qu'ils dépasseront cet âge ; on cite cependant quelques cas de mort à 36, 40 et même 57 ans. Dr E. DESCHAMPS.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos plus distingués et de nos plus honorables confrères, le Dr Eugène DALLY, dont les obsèques ont eu lieu hier à l'Étang-la-Ville, où il a succombé, à l'âge de 54 ans, au diabète dont il était atteint depuis plusieurs années.

Dally avait vulgarisé l'idée émise et développée par son père d'une thérapeutique fondée sur le mouvement fonctionnel et avait publié de remarquables travaux sur l'anthropologie. Citons notamment : *De l'état*

présent des doctrines médicales dans leurs rapports avec la philosophie et les sciences; Sur les races indigènes et sur l'archéologie du Mexique; Remarques sur les aliénés et les criminels au point de vue de la responsabilité morale et légale; Recherches sur les mariages consanguins et sur les races pures; L'ordre des Primates et le transformisme; une traduction, précédée d'une savante introduction, du livre de Huxley : *De la place de l'homme dans la nature; Sur la nécessité de l'éducation physique et sur l'organisation des gymnases municipaux; Des ressources nouvelles de l'orthopédie physiologique; De la chevelure comme caractéristique des races humaines.*

Dally avait été président de la Société d'anthropologie, et il était, depuis 1876, professeur à l'École d'anthropologie.

NOUVELLES

Conseil municipal de Paris. — *Budget de l'Assistance publique* (M. Navarre, *rapporteur*). — Le Conseil délibère :

Est fixée à dix-sept millions neuf cent vingt-quatre mille sept cents francs (17,924,700 fr.) la subvention de la Ville à l'Assistance publique pour dépenses ordinaires;

Est d'avis :

I. — De régler le budget de l'administration générale de l'Assistance publique pour 1888 :

En recettes, à la somme de 40,877,900 fr.

En dépenses, à la somme de 40,877,900 fr.

D'où balance.

II. — D'inviter M. le directeur de l'Assistance publique à joindre chaque année au projet du budget un mémoire justificatif contenant notamment :

1° La suite donnée aux vœux du Conseil;

2° Un aperçu des besoins de l'administration de l'Assistance publique et des améliorations réalisées dans l'année;

III. — D'inviter M. le directeur de l'Assistance publique à présenter un programme d'ensemble touchant l'emploi des fonds d'emprunt;

IV. De laïciser l'hôpital Saint-Louis pour le mois d'avril et de prendre ou de faire prendre toutes les mesures nécessaires afin de laïciser l'Hôtel-Dieu pour le mois de juin; de poursuivre rapidement la laïcisation des maisons de secours et de recruter le personnel parmi les élèves internes et externes des écoles municipales d'infirmières;

V. — D'appeler l'attention de l'administration de l'Assistance publique sur les recommandations et les vœux émis dans les précédentes sessions, savoir :

1° De veiller à la prompte exécution des travaux approuvés par le Conseil; — d'étudier, pour chaque établissement, le « plan d'ensemble » des travaux à exécuter (constructions nouvelles, grosses réparations); — de faire procéder chaque année, par les architectes, à des visites générales des établissements qui leur sont confiés;

2° De profiter de toutes les occasions afin de parvenir à « isoler » aussi complètement que possible « les hôpitaux et hospices » des propriétés voisines ;

3° De poursuivre l'amélioration du « service des eaux, de l'éclairage et du chauffage » ;

4° De soumettre promptement au Conseil les projets relatifs aux services balnéaires et hydrothérapiques de la Pitié et de Bicêtre et au logement du personnel secondaire de la Pitié ;

5° D'activer les installations de « lavabos » dans toutes les salles qui n'en sont pas encore pourvues, notamment dans les hospices ;

6° De poursuivre les études sur une organisation plus économique des « magasins généraux », de manière à diminuer les frais d'administration ;

7° De diviser Paris en « circonscriptions hospitalières » afin que chaque malade soit assisté dans l'hôpital le plus rapproché de son domicile ;

8° D'organiser dans chaque hôpital une « consultatisn sérieuse » des malades, confiée à un médecin ou à un chirurgien du Bureau central et à diminuer « l'encombrement » regrettable qui existe dans tous nos hôpitaux ; — d'organiser un service dentaire adjoint aux consultations externes dans les hôpitaux et de confier le service à un personnel nommé par le concours ;

9° De procéder le plus promptement possible à la réduction du personnel du chef-lieu en tenant compte des droits acquis par de bons et loyaux services ;

10° D'étudier la réorganisation du service de la Pharmacie des hôpitaux et la situation des pharmaciens en chef ;

11° De tenir compte des vœux émis par le Conseil général, en ce qu concerne : 1° la création, à la Salpêtrière, d'une section pour les enfan ts idiotes, épileptiques, etc. ; 2° l'achèvement de la section des enfants idiots, épileptiques, arriérés, etc., de Bicêtre, ce qui permettra d'y installer 40 lits pour les filles idiotes gâteuses, afin de dégager le bureau d'admission de l'Asile clinique, en attendant l'organisation de l'institution Vallé ;

12° De favoriser la création des musées et des laboratoires communs dans les hôpitaux et hospices, et de grouper autant que possible les différents services relatifs à l'enseignement ;

13° De prendre en considération toutes les remarques faites au sujet des admissions dans les hospices ; de s'entendre avec la Préfecture de police pour mettre fin à la mendicité par les infirmes, amputés, rachitiques, qui devraient être suffisamment secourus pour ne pas être obligés de mendier ; de prendre les mesures nécessaires pour combler la lacune qui existe entre la limite d'admission des enfants chroniques incurables dans les hôpitaux (16 ans) et l'époque de leur admission dans les hospices ; (21 ans) ; dans ce but, construire un pavillon spécial dans le nouvel hôpital d'enfants chroniques ;

14° D'accorder les aliments en nature aux surveillants, etc., qui le réclameront ; d'améliorer les logements des sous-employés, infirmiers et infirmières ; d'élever sur place le grade des catégories de serviteurs attachés au service des bains et aux amphithéâtres ;

15° De remplacer autant que possible les infirmiers par les infirmières, en maintenant dans tous les établissements un nombre suffisant d'hommes de peine pour faire les grands travaux;

16° De dresser un « inventaire de tous les travaux d'art » disséminés dans tous les établissements hospitaliers, ainsi que la Ville l'a fait pour les autres établissements municipaux;

17° De procéder à l'ouverture d'une porte charretière dans la maison n° 12 de la rue de Pontoise, afin d'avoir un second accès facile dans la Pharmacie centrale des hôpitaux; — d'établir « des bouches d'incendie » dans ledit établissement et « dans tous les établissements »;

18° De procéder, conformément à un vote du Conseil municipal, qui a mis à la disposition de l'Administration un crédit de 12.000 francs, à « l'installation d'un musée municipal d'hygiène, » soit dans le bâtiment anciennement destiné à la chapelle du nouvel Hôtel-Dieu, soit à Saint-Julien-le-Pauvre, le choix de ces emplacemnets étant tout indiqué par leur position centrale.

19° De se conformer aux décisions de 18 décembre 1884, 14 et 16 décembre 1885 du Conseil général, en faisant des adjudications et marchés pour les asiles d'aliénés, qui s'approvisionneront aux magasins généraux de l'Assistance publique ;

20° De tenir un compte spécial et détaillé de toutes les fournitures prises par les asiles et de le transmettre imprimé pour la session du Conseil général, avec toutes les observations que l'administration de l'Assistance publique croira devoir faire ;

Enfin, de tenir compte de tous les autres vœux émis par le Conseil municipal et qui n'ont pas encore été réalisés, notamment en ce qui concerne la création d'hôpitaux maritimes pour les phtisiques et pour les enfants chroniques, la création d'un hôpital pour les enfants dans le voisinage des 17e et 18e arrondissements; — la construction d'une nouvelle infirmerie à Bicêtre ; l'organisation de services complets d'isolement hors Paris, pour les maladies contagieuses ; — de prendre les mesures nécessaires à l'établissement régulier de la statistique à l'hôpital Bichat : — de faire installer des téléphones entre le chef-lieu et les différents établissements de l'Assistance publique, et enfin de faire de nouvelles démarches pour que la franchise postale soit donnée aux imprimés de l'Assistance publique.

Hopitaux de Paris. — *Concours du Bureau central.* — Voici les premiers résultats des délibérations de la Commission nommée pour étudier les réformes à introduire dans le programme des concours pour le Bureau central (médecine et chirurgie).

Pour l'admission au concours, deux modifications importantes ont été introduites :

1° Deux ans de doctorat seront nécessaires, après les quatre années d'internat, pour pouvoir concourir.

L'interne médaille d'or est soumis à cette modification.

Par mesure transitoire, seront admis à concourir tout ceux qui ont jà concouru, même s'ils ne remplissent pas la condition ci-dessus. En

outre, toute la promotion d'internes ayant achevés leur internat le 1er février 1887 aura le droit de concourir en 1888. Le règlement nouveau n'aura donc pas d'effet rétroactif.

2° La limite d'âge pour l'inscription sur les registres du concours est fixée à quarante ans.

Voici maintenant l'ordre, la nature et la cote des épreuves pour les deux concours de médecine et de chirurgie :

Médecine. — Epreuves d'admissibilité : Composition écrite, 30 points ; épreuve clinique sur un malade, 20 points.

Epreuves d'admission : épreuve orale, 20 points ; étude clinique sur deux malades, 30 points.

Chirurgie. — Epreuves d'admissibilité : composition écrite, 30 points; épreuve clinique, 20 points ; consultation écrite, 30 points.

Epreuves d'admission : médecine opératoire, 30 points ; Epreuve orale (path. ext.), 20 points; épreuve clinique, 20 points.

Les autres articles du règlement ancien ont été conservés sauf quelques points de détail sur lesquels nous aurons à revenir. (*Bull. méd.*)

Hopitaux de Paris. — *Concours des prix de l'internat.* — Le sujet de la composition écrite était : « Pylore ; dilatation de l'estomac. »

Les questions de chirurgie poseés aux épreuves orales étaient : « Hématocèle de la tunique vaginale (question sortie). Tumeur blanche du genou. Luxation antéro-interne de l'épaule ; diagnostic et traitement.

Voici les questions de médecine ; « Accidents de la vaccine. Paralysie diphtérique. Diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale (question sortie). »

Les candidats ont été classés de la façon suivante :

Médaille d'or, M. Girode. — Médaille d'argent, M. Lejars. — Première mention, M. Barbier. — Deuxième mention, M. Polguère.

On sait qu'aux deux premières places de ce concours est attachée maintenant une bourse de voyage.

Société médicale des hopitaux du VIe arrondissement. — Le Bureau est ainsi composé pour l'année 1888.

MM. Percheron, président. Philbert et Schwartz, vice-présidents. Guillier, secrétaire général. Veilleau et Réal, secrétaires des séances Machelard, trésorier.

Cours libre. — MM. Ricard et Michaux reprendront le lundi 10 janvier leur cours complet de pathologie externe ils traiteront dans ce second trimestre des affections chirurgicales des régions.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

777.10

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 2 JEUDI 5 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

35e Année. — Tome I. N° 2 Jeudi 5 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 4 janvier 1888.

M. le professeur Sappey a cédé hier le fauteuil présidentiel à M. Hérard, après avoir résumé les travaux accomplis par l'Académie pendant le cours de l'année 1887. M. Hérard a remercié ses collègues et le bureau sortant en quelques paroles sobres et très justement applaudies.

L'année a bien commencé et cette première séance a été fructueuse. M. Riche a exposé les recherches très bien conduites qu'il a faites sur la prétendue action toxique du nickel. Les mines de nickel, en général, contiennent ce métal mélangé à de l'arsenic et à des sulfures qui le rendent plus ou moins toxique, il est vrai, mais nos mines de la Nouvelle-Calédonie, découvertes par Garnier en 1867, donnent du nickel à l'état de silicate de nickel et de magnésie, c'est-à-dire absolument inoffensif. En effet, M. Riche a pu faire ingérer à des chiens du nickel à dose assez élevée sans obtenir d'autre résultat que de donner à ces animaux une florissante santé, du moins il a fait prendre à des chiens pendant assez longtemps l'acétate de nickel à la dose de 50 centigrammes par jour en provoquant chez eux un engraissement assez rapide. Il faut augmenter cette dose d'une façon très notable, jusqu'à donner 75 centigrammes, 1 gr. 50 ou même 2 grammes par jour pour provoquer chez ces animaux des vomissements, de la diarrhée, et par suite de l'amaigrissement, lequel amaigrissement cesse d'ailleurs lorsqu'on revient à des doses plus raisonnables.

Les expériences de M. Riche, montrent donc d'abord que le nickel n'est pas toxique lorsqu'on l'emploie à des doses raisonnables, et que son action est comparable à celle du fer dont il se rapproche beaucoup d'ailleurs comme composition chimique, et M. Riche, qui ne veut pas sortir de son rôle de chimiste, serait cependant autorisé à dire que peut-être le nickel employé comme agent thérapeutique donnerait des résultats comparables à ceux que nous demandons au-

jourd'hui au fer, à l'antimoine et à l'arsenic, comme stimulant de la nutrition.

Nous avons à signaler, dans laséance d'hier, un rapport de M. Rochard, sur une observation de ligature de l'iliaque interne pratiquée avec succès par M. le professeur Poncet (de Lyon), un rapport de M. Hervieux sur l'inoculation de la variole en Kabylie, une intéressante observation de M. Richelot sur un cas de persistance du canal de Nuck avec hydrocèle réductible chez une jeune fille de 19 ans, une lecture de M. Laffont sur l'action de la cocaïne sur le système nerveux, enfin un travail de M. Poncet (de Lyon), déjà nommé, sur la transparence dans les tumeurs solides. A. Ch.

Réflexions sur un cas de mal comitial avec aura intestinale,

par le Dr Paul Berbez.

Chef de clinique adjoint à la Salpêtrière

(*Suite et fin*)

Si on veut bien se donner la peine de lire l'observation que nous donnons ici, on voit bientôt que le malade est un comitial ordinaire chez qui la fièvre typhoïde n'a joué qu'un rôle restreint.

L'aura abdominale elle-même perd de son importance.

1° L'enfant à caractère inégal, fantasque, rit et pleure sans raison, passe de la gaieté la plus folle à la tristesse la plus inexpliquée.

2° Il est plus petit qu'on ne l'est à son âge, a une tête trop volumineuse par rapport à son corps, a les arcades sourcillères très développées.

3° Il a des tics, fait continuellement des grimaces, il joue du violon avec passion et ne cesse de jouer que quand il tombe dans une sorte de sommeil extatique.

4° Il a uriné au lit très longtemps.

5° Les parents sont des gens emportés, violents, tout le monde est migraineux, original.

Voilà bien de quoi faire un dégénéré dans le sens de Morel (dégén. physique) et dans le sens de Magnan (stigmates psychiques).

L'attaque elle-même n'est pas moins concluante :

L'enfant crie, se mord la langue, écume et tombe dans ses matières. Il urine sous lui inconsciemment, après quoi il reste hébété, il nous semble impossible de ne pas considérer le jeune R... comme un épileptique comitial et non comme un malade atteint d'une épilepsie spéciale à point de départ intestinal.

Ai-je besoin d'ajouter que le résultat si heureux du traitement anti-comitial vient encore à l'appui de notre dire.

Dans le courant de l'année qui vient de s'écouler nous avons vu un certain nombre d'épileptiques. Parmi ces derniers quelques-uns avaient l'aspect d'*épileptiques reflexes*. L'un d'eux avait avant sa crise une douleur constante au cœur sans lésion matérielle de ce viscère. Une malade avait une sorte d'aüra voluptueuse qui précédait de très près l'attaque et la perte de connaissance. Cette dernière malade dont j'ai l'observation complète dans mes cartons fut soignée par un médecin de la ville qui ordonna des lotions froides sur la vulve, des lotions avec du sublimé au 1000e, etc., croyant à une épilepsie à point de départ périphérique.

Or nous avons pu nous convaincre de ce fait que nos deux épileptiques étaient bel et bien des comitiaux vulgaires, ils avaient déjà eu des attaques avant d'avoir cette aura spéciale qui trompait tout le monde, ils étaient fils de névropathes, l'un d'eux avait comme stigmate psychique de dégénérescence des craintes morbides (peur des épingles, crainte de la rage). Du reste le traitement par le bromure a tranché la question. Ces comitiaux *périphériques* ont été guéris comme des comitiaux vulgaires.

L'idée des épilepsies reflexes, née d'expériences physiologiques encore peu démonstratives, nous semble fausse, sinon d'une façon absolue, du moins dans la majorité des cas. Ce qui a causé cette idée erronée, c'est, croyons-nous, l'*aura*, c'est d'elle que vient tout le mal.

On a vu des malades présenter avant l'attaque une sensation spéciale de nature motrice ou sensitive, soit dans un membre, soit dans un viscère, on a vu des attaques d'épilepsie précédées immédiatement d'une sorte de frémissement, de tremblement ou bien d'une douleur qui du petit doigt a gagné l'épaule, le cou et la tête.

Quelques malades ont éprouvé avant chaque crise une nausée ou bien un sifflement dans les oreilles, une sensation lumineuse dans l'œil, etc.. On s'est dit alors : il s'agit ici d'une épilepsie spéciale à point de départ périphérique et l'on ne manque pas d'ajouter : la preuve que cette épilepsie est de nature périphérique, c'est que un lien circulaire au bras ou à la jambe arrête souvent l'attaque, si souvent même que ces moyens empiriques d'arrêter la crise ont été érigés en moyens thérapeutiques.....

Nous répondrions volontiers aux partisans de l'épilepsie réflexe : — Il y a deux sortes d'épilepsie : *la vraie* et *la fausse*.

La vraie, l'ancienne, le mal comitial qui reste dans le plus grand nombre des cas aussi impénétrable et qui constitue une entité morbide aussi solide qu'autrefois. Il y a en second lieu les fausses épilepsies qu'on devrait appeler simplement accès épileptiformes et dont le type est l'accès convulsif que causent les tumeurs cérébrales traumatismes cérébraux, gommes syphilitiques, etc.

Ces fausses épilepsies décrites par Bravais, puis par Huglings Jakson, qui leur a donné son nom, ont des symptômes dont on comprend aisément la signification et la distribution, grâce à la doctrine des localisations cérébrales. *Ce sont les lésions à décharge* des Anglais qui causent les fausses épilepsies nommées jusqu'ici à trois types : le type facial, le type brachial et le type crural. Plus souvent que le mal comitial vrai, plus brutal et plus violent, ces épilepsies partielles ou Jacksonniennes sont précédées d'une aura.

C'est en partie par analogie avec ces épilepsies-là, en partie appuyé sur des expériences physiologiques, qu'on a supposé l'existence d'épilepsies gastro-intestinales, génitales, cardiaques, etc. Suivant que l'aura semblait partir de l'intestin de l'appareil génital ou de tel ou tel sens.

L'aura signifie-t-elle donc ce qu'on veut lui faire signifier ? et peut-on s'appuyer sur sa présence ou son absence pour déclarer qu'un malade est atteint du vrai mal comitial ou seulement d'une de ces épilepsies à point de départ périphérique, curable, d'après la théorie, par un traitement local ?

M. Charcot considère l'aura comme une projection sensitive ou motrice des centres vers la périphérie. L'épilepsie est avant tout centrale. Même quand l'aura part d'une morsure du pied arrivée vingt ans auparavant, ou d'une blessure du petit doigt par une écharde enlevée aussitôt de la plaie, même quand l'aura vient de l'intestin après une fièvre typhoïde, l'épilepsie est centrale, l'aura, n'est, si j'ose m'exprimer ainsi, qu'un *trompe-l'œil* et si l'accès se comporte comme les accès de l'épilepsie classique, on n'est pas autorisé à déclarer que le malade est un comitial périphérique.

Si l'aura se retrouve dans les fausses épilepsies comme dans le mal comitial, si les malades ne présentent rien de particulier, ni comme symptôme, ni comme pronostic, ni comme résultats thérapeutiques, on sera donc mal venu à croire à une épilepsie née d'une irritation locale. Si d'un autre côté ces accidents d'épilepsie dite reflexe ou sympathique, comme on disait autrefois, se produisaient non plus chez des gens indemnes de nervosisme, mais chez des héréditaires, chez des porteurs de stigmates physiques ou psychiques de dégénérescence, je ne vois plus pourquoi on soutiendra encore la théorie des épilepsies reflexes.

Pour ce qui est des expériences de M. Brown-Sequard, nous dirions volontiers, si nous ne craignions pas de nous voir accusé d'être orfèvre comme M. Josse, nous dirions que les zones épileptogènes de ses cobayes nous paraissent ressembler terriblement à des zones hystérogènes. Dans tous les cas, nous attendrions que la clinique réalise ces expériences.

Résumons-nous donc en disant :

L'existence des épilepsies ressemblant au vrai mal comitial et dues à des lésions périphériques ne nous paraît pas démontrée. Nous aimerions à voir les chirurgiens, grands observateurs de lésions locales, nous répondre à cet égard.

Les épilepsies dites reflexes ou périphériques se rencontrent ou chez de vrais comitiaux, et alors elles perdent tout droit à se titre d'épilepsie reflexes, ou bien chez des gens porteurs de lésions cérébrales déterminées comme siège sinon comme nature qui produisent de par leur position dans l'écorce des troubles épileptiformes capables d'emblée ou la répétition des accès de simuler à un examen superficiel le vrai mal comitial. On devra donc après constatation d'antécédent nerveux positif penser à l'épilepsie vraie chez les dégénérés et instituer aussitôt le traitement classique par le bromure de potassium.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 3 *janvier* 1888.—*Présidence de* MM. SAPPEY et HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend 1° une lettre de M. E. Hardy qui se porte candidat dans la section de physique et de chimie ; 2° une lettre de M. le Dr Triaire (de Tours), candidat au titre de correspondant national dans la 2e division (chirurgie et accouchements) 3° un rapport de M. le Dr Lecorre, sur les vaccinations opérées dans les arrondissements de l'ouest de la Cochinchine ; 4° un rapport de M. Boutarel, stagiaire aux eaux minérales, sur les eaux purgatives naturelles de Rubinat (Espagne).

M. le président Sappey, avant de quitter le fauteuil de la présidence, passe en revue les travaux accomplis par l'Académie pendant le cours de l'année 1887, et résume les principales discussions qui ont eu lieu. Il remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait et de la bienveillance qu'elle lui a témoignée et prie M. Hérard de prendre sa place au fauteuil (*Applaudissements*).

M. le président Hérard adresse d'abord des remerciements, au nom de l'Académie, aux membres sortant du conseil, M. le président Sappey et MM. G. Sée et Goubaux. Il propose également de voter des remerciements à M. le trésorier et à M. le secrétaire perpétuel, qui, dans une réunion récente, a montré, ce que d'ailleurs tout le monde savait déjà, qu'il était digne à tous égards d'occuper le fauteuil illustré par ses prédécesseurs. (*Applaudissements.*)

M. le président annonce que l'Académie aura bientôt à s'occuper de deux graves questions, des rapports de MM. Fournier sur la syphilis et Besnier sur la lèpre ; mais d'abord il y aura lieu de voter sur les conclusions de la commission relative à la pelade. Comme la pelade est très commune dans l'armée, M. le président propose à l'Académie d'adjoindre à la commmission déjà nommée MM. Leroy de Méricourt et Vallin.

LIGATURE DE L'ILIAQUE INTERNE DROIT POUR UNE TUMEUR PULSATILE DE LA FESSE CORRESPONDANTE.—*M. Rochard* au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Tillaux et Marc Sée, fait un rapport sur une observation lue par M. le professeur Poncet de Lyon.

Le sujet de cette observation était un jeune homme de 20 ans qui, depuis quatre ans, portait une tumeur pulsatile de la fesse droite. M. Poncet pratiqua la ligature de l'iliaque interne par le procédé de Marcelin Duval. Les battements dans la tumeur cessèrent immédiatement; vingt-deux jours après le malade pouvait quitter l'hôpital. Mais il fit des imprudences, marcha trop, se fatigua : les battements reparurent et cet homme succomba cinquante-sept jours après l'opération.

C'est la treizième observation publiée de ligature de l'iliaque interne.

INOCULATION DE LA VARIOLE EN KABYLIE. — M. *Hervieux* lit un rapport sur une lettre envoyée par M. le Dr Longo, résidant à Bordi-bou-Arreridji, dans laquelle ce médecin signale les épidémies de variole qu'entretient dans le pays kabyle et par propagation chez les Arabes la pratique de l'inoculation variolique.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS TOXIQUES DU NICKEL. — M. *Riche*. M. Francis Garnier a découvert, en 1867, à la Nouvelle-Calédonie, des mines de nickel très précieuses en ce sens que le minerai, un silicate de nickel et de magnésie, contrairement à tous les autres, ne contient ni soufre ni arsenic. Ces mines ont été rapidement exploitées, trop même, car le nickel est tombé bientôt de 10 fr. à 4 fr.75. Ses applications sont devenues très communes, mais un accident arrivé dans une cour voisine, où le nickel était employé pour les ustensiles de cuisine, a jeté un vif discrédit sur son usage.

Des expériences ont semblé montrer que le nickel était dangereux; on a fait d'autres expériences contradictoires. M. Riche, de son côté, a fait prendre à des animaux de l'acétate de nickel : il en a donné à des cobayes et à des chiens, à la dose de 50 centigrammes par jour, sans observer aucun inconvénient; cela représente environ un centigramme de nickel métallique. La dose portée beaucoup plus haut, jusqu'à 2 gr. de nickel par jour, a amené des vomissements, de la diarrhée, mais dès qu'on cessait le médicament à ces hautes doses,

le chien reprenait son état normal. Un chien a pris en 160 jours 21 grammes de nickel métallique qui ont été tous ingérés. A 500 milligrammes, il n'y a aucun inconvénient ; même, à cette dose, le chien prenait de l'embonpoint.

On ne peut, il est vrai, conclure du cobaye ou du chien à l'homme, mais il est permis de penser que le nickel n'est pas plus dangereux que le fer, dont il se rapproche beaucoup d'ailleurs au point de vue chimique.

Note sur un cas de persistance du canal de Nuck avec hydrocèle réductible chez une jeune fille de 19 ans. — M. *Richelot* rapporte l'observation d'une jeune fille de 19 ans qui, depuis deux ans, était atteinte d'une tumeur se montrant lorsqu'elle était debout à la partie supérieure de la grande lèvre droite. Lorsqu'elle était couchée, la tumeur disparaissait. Cette jeune fille tenait absolument à être débarrassée de cette difformité ; elle racontait que récemment elle avait dû se marier, mais elle avait cru devoir faire l'aveu de ce mal à son fiancé, et celui-ci s'était alors retiré. M. Richelot, devant les supplications de la jeune fille, se décida à tenter une opération.

La malade étant couchée, la tumeur est spontanément réduite. M. Richelot pense qu'il s'agit d'une hernie congénitale, due à la persistance du canal de Nuck. En opérant, il voit que le trajet, très étroit, ne pourrait donner passage à de l'intestin ; il s'agissait donc simplement d'une hydrocèle congénitale. M. Richelot fait une ligature sur le trajet du canal et enlève tout le sac. La malade était guérie au bout de dix jours.

Cette observation très nette, montre que le canal de Nuck peut persister chez la femme adulte, et qu'il est la cause des hydrocèles congénitales réductibles. Chez cette jeune fille de 19 ans, l'observation est très probante, il n'y avait aucun antécédent herniaire et, d'ailleurs, le canal était trop étroit pour donner passage à une hernie intestinale.

Récemment encore, on tentait peu la cure radicale de la hernie on ne pouvait prêcher aux malades que la résignation, mais actuellement il y a 140 cas de cure radicale de hernie sans accident. Ici, ce n'était pas une hernie, mais une prédisposition à la hernie. Ce n'était donc pas seulement une opération de complaisance, la méthode antiseptique rend, en effet, ces opérations complètement inoffensives (Comm. : MM. Lefort, Polaillon, Tillaux).

Note sur un procédé de préparation permettant de durcir et de ramollir a volonté un cerveau humain. — M. *Armand B. Paulier* lit une note sur ce sujet, mais il garde secret son procédé de préparation.

De l'action de la cocaïne sur le système nerveux. — M. le

Dr *Laffont* lit sur ce sujet une note dont les éléments ont déjà été communiqués à l'Académie des sciences et à la Société de biologie. Dans la note actuelle il vise surtout les différences dans les résultats obtenus par M. Laborde et dans les siens. Nous résumerons cette communication lors de la lecture du rapport dont a été chargé M. Laborde et qui ne peut tarder à être présenté à l'Académie. (Comm. MM. C. Paul, Mathias Duval, Laborde).

De la transparence dans les tumeurs solides. — M. *Poncet* (de Lyon). En dehors des bourses il est rare que l'on cherche la transparence d'une tumeur ; mais les tumeurs peuvent être transparentes ou renfermer du liquide lorsqu'il y a amincissement de la peau et lorsqu'elles sont vasculaires, surtout aux doigts et au poignet.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Proust sur les candidats au titre de correspondant étranger.

BIBLIOGRAPHIE

Quelques notices sur l'hygiène de l'enfance a Helsingfors, par le Dr *Georg Asp*, professeur d'anatomie à l'Université d'Helsingfors, capitale du grand-duché de Finlande. (Helsingfors, J.-C. Frenckell et fils, 1887, in-8°, 66 pages.)

Sous ce titre, le Dr Georg Asp, nous fait connaître quelques établissements de Helsingfors vraiment dignes d'intérêt et d'une utilité sociale incontestable. Ce sont tout d'abord les ateliers des enfants mendiants. « L'assistance publique, très étendue de nos jours, a fait de grands sacrifices aux pauvres, mais elle est au fond aussi souvent irréfléchie qu'indifférente. Ce n'est pas l'aumône, secours du moment, qui soutient le pauvre dans son combat pour l'existence, mais ou secours durant des années entières en forme d'éducation et d'instruction dans un travail pratique, et cela même de génération en génération. L'éducation des enfants est souvent très pénible au pauvre et cela d'autant plus que beaucoup de parents la regardent comme inutile, d'où vient que les petits grandissent sans instruction. » Ils sont paresseux, manquent de goût pour un travail sérieux et se livrent chaque jour plus nombreux à la mendicité, métier des plus profitables. Retirer ces enfants de la mendicité et leur donner des soins, de l'occupation et une nourriture frugale mais saine, tel est le but des ateliers des enfants mendiants. Pour les enfants des ouvriers, pour les enfants pauvres, ont été fondés différents établissements : l'asile Marie, l'école enfantine Sedmigradsky, l'école d'enfants établie

par les étudiants en théologie, l'asile de la rue Hafsgatan, etc. Mais il est un fait qui ressort nettement du fonctionnement de toutes ces écoles, de tous ces asiles, c'est le soin tout particulier que l'on apporte à l'éducation des enfants, non seulement à leur éducation morale et intellectuelle, non seulement à leur éducation religieuse, mais encore, mais surtout, à leur éducation physique. On n'oublie pas que l'enfant a besoin de beaucoup d'exercice, on n'oublie pas que la jeune fille en a besoin tout autant que le jeune homme, on n'oublie pas que le grand air, que la vie à la campagne peuvent lui rendre les plus grands services lorsqu'elle s'est étiolée toute une année dans une école. De là les colonies de vacances à l'École supérieure suédoise de demoiselles, de là l'établissement médico-mécanique dont le Dr Georg Asp nous montre les heureux effets sur le développement des écoliers, sur la capacité pulmonaire, sur la nutrition en général.

Eug. DESCHAMPS.

L'INFILTRATION URINEUSE, par le Dr *Henri Picard. Progrès médical.* A. Delahaye et Lecrosnier. Paris, 1887.

L'auteur ne s'occupe que de l'infiltration urineuse survenant à la suite des rétrécissements, laissant de côté tout ce qui a trait aux complications des traumatismes de l'urèthre.

Après avoir montré le retentissement de l'épaississement vésical et du rétrécissement lui-même sur la partie du canal qui sépare l'un de l'autre, l'auteur montre comment se fait l'effraction de l'urine à travers une paroi amincie, distendue et ramollie, puis la pérégrination ou l'accumulation de l'urine dans les loges périnéales, quel rôle jouent ces loges dans la progression du liquide urinaire, puis enfin quels symptômes graves et facilement reconnaissables permettent au chirurgien de remédier énergiquement à la grave affection qu'il a sous les yeux. Le pronostic est, en effet, subordonné en grande partie au traitement et à l'âge de l'individu ; chez les jeunes malades une intervention faite à propos sera presque toujours suivie de succès. Chez les vieillards, la résistance est bien moindre. Quant au traitement, il se compose de deux actes importants : 1° l'évacuation de l'urine ; 2° le rétablissement du canal. L'incision médiane périnéale est la condition essentielle de la guérison.

Dr Henri FÈVRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 9 au 14 janvier 1888.

Lundi 9. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, A. Robin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu :

MM. Budin, Delens, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Fournier, Déjerine.

Mardi 10. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Peyrot. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Quinquaud. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Proust, Hanot. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Panas, Tarnier, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Cornil, Joffroy.

Mercredi 11. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Reny, Reynier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Delens, Marc Sée, Brissaud. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Guyon, Budin. Reclus.

Jeudi 12. — Médecine opératoire : MM. Le Fort, Duplay, Brun. Epreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (2e partie) (1re série) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Schwartz. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Panas, Cornil, Bouilly. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Jaccoud, Legroux, Ballet.

Vendredi 13. — 1er examen, officiat : MM. Ch. Richet, Delens, Remy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Segond, Ribemont-Dessaignes. — 4e examen, doctorat : MM. Damaschino, Ollivier, Landouzy. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Trélat, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Hayem, Fournier, Brissaud.

Samedi 14. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Fernet, Quenu. — 2e examen, officiat (définitif) : MM. Dieulafoy, Duplay, Hutinel. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Laboulbène, Legroux, Troisier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Peter, Cornil, Raymond.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 11, à 1 heure. — M. CLOUARD: Du traitement de la pleurésie franche aiguë par la diète lactée. *Président* : M. Potain. — M. THOUVENET : Hypertrophie du cœur. *Président* : M. Potain.

Jeudi 12, à 1 heure. — M. LAUTH : Cirrhose tuberculeuse. *Président* : M. Brouardel. — M. HOCQUET : Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie. *Président* : M. Proust. — M. MACÉ : Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques. *Président* : M. Proust. — M. BARBIER : Albuminurie diphthérique. *Président* : M. Bouchard. — M. JEANTON : Albuminurie dans la maladie de Bright. *Président* : M. Dieulafoy.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur.

Commandeurs : M. Védrènes, médecin inspecteur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

MM. Chabert, Badour, Vallin, Teinturier, Baldy, Cothon, médecins principaux de 1re classe.

Officiers : M. Potain, professeur à la faculté de médecine. M. Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes. M. Colin, professeur honoraire des écoles vétérinaires. M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine. M. Nogier, médecin principal. M. Dupré, professeur à la faculté de Montpellier. M. Fontan, médecin principal de la marine. M. Bohan, Cantellauve, Roux, Pascalis, Léo, médecins de 1re classe de la marine. M. Taillotte, pharmacien de 1re classe de la marine.

Chevaliers : M. Quinquaud, professeur agrégé à la faculté de Paris, médecin des hôpitaux. M, Landouzy, professeur agrégé à la faculté de Paris, médecin des hôpitaux. M. Beurnier, médecin en chef de l'hôpital de Montbéliard. M. Frédet, professeur suppléant à l'école de Clermont. M. Peulevé professeur à l'école d'Amiens. M. Lépine, professeur à la Faculté de Lyon. M. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de Paris. Dr Robin, conseiller général de la Vendée. Dr Coillot, de Vesoul. Drs Cayrol, Leindre, Feltz. MM, les médecins-majors Renard, Melnotie, Lucas, Baeby, Dissaux, Maugenot, Goubeau, Lefort; M. Prestat, pharmaciens-majors.

Mme Terme (en religion sœur Yacinthe), supérieure de l'hôpital d'Hanoï services exceptionnels rendus depuis quinze ans à la Martinique et au Tonkin. A fait preuve pendant plusieurs épidémies cholériques du plus entier dévouement.

Faculté de médecine de Paris. — Le jury du concours des prix Civrieux a décidé de décerner ce prix, soit une médaille de vermeil et une somme de 400 francs à M. Appert. La question mise au concours était : « Les premiers signes de la tuberculisation pulmonaire. »

Distinctions honorifiques. — Par arrêtés ministériels en date des 13, 20 et 23 décembre 1887, pris en vertu du décret du 31 mars 1885, et conformément à l'avis du Comité de direction des services de l'hygiène, le ministre du commerce et de l'industrie a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques :

I. *Épidémies cholériques de* 1884-1885. — Médailles d'argent : MM. Dotti et Firmy, infirmiers à l'hôpital du Pharo, à Marseille. — Leduc, infirmier à Marseille et à Manosque.

Médailles de bronze : MM. Combe et Tomassini, pharmaciens à Marseille; Sawas, infirmier à l'hôpital du Pharo.

II. *Épidémies de suette miliaire de* 1887 (mission sanitaire envoyée dans les départements contaminés). — Médailles de vermeil : MM. les Drs Thoinot, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de la mission ;

Chantemesse, médecin des hôpitaux de Paris, Descouts, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, Wallich, interne des hôpitaux de Paris, en mission dans l'Indre (arrondissement du Blanc), déjà titulaire de deux médailles de bronze et d'argent pour le choléra de 1885-86, à Marseille.

Médailles d'argent : MM. Démelui, Hontang, Louis, Parmentier et Pozzi, internes des hôpitaux de Paris, en mission dans la Vienne.

Médaille de bronze : M. Pressat.

Indre. — Médaille d'argent : M. le Dr Dion.

Vienne. — Médailles de vermeil : MM. les Drs Bernard, Contancin, Desroseaux.

Haute-Vienne. — Médailles de vermeil : MM. les Drs Dunoyer, Perrier, Thoumas.

Médailles d'argent : MM. Lavilleuroy et Skalscki.

Épidémies diverses. — Bouches-du-Rhône. — Mention honorable à M. Fantoni.

Seine. — Médaille d'argent : M. Guérin.

ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE. — *Concours.* — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, des concours s'ouvriront, le 15 juin 1888 : à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen ; à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école ; à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen ; à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — *Renouvellement du Bureau*; ont été élus pour l'année 1888 : Président, professeur Grancher; Vice-présidents, Bouvard, Hudelo, Lagneau, E.-R. Perrin; Secrétaire général, Henri Napias; Secrétaire général adjoint A.-J. Martin; Trésorier, A. Thévenot; Archiviste, Neumann; Secrétaire des séances, Deschamps, Mangenot, Philbert, Wallon; Membres du Conseil, Allard, Bichmann, Bezançon, Brull, Cartaz, Duguet, Dubrisay, Du Mesnil, Ch. Herscher, Laborde, Levraud, Lafollye, Landouzy, Larger, Magnan, Millerand, Ch. Monod, Nocard, Petit, G. Pouchet, Pozzi, Siegfried, Trasbot, Yvon.

HOPITAL NECKER. — M. le Dr Rendu, agrégé, fait tous les jeudis à 10 heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital, des leçons de clinique médicale.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 3 Samedi 7 Janvier 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE ... 15 fr.
UNION POSTALE ... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTT[illegible] 35, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, [illegible]



PHTHISIE
BRONCHITES, TOUX, CATARRHES
CAPSULES CRÉOSOTÉES
du Docteur FOURNIER
VIN & HUILE CRÉOSOTÉS
Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1878
Ph. de la MADELEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris
Médaille d'OR, Paris 1885
COMPAGNIE LIEBIG
VÉRITABLE
EXTRAIT de VIANDE LIEBIG
Médailles d'Or et Diplômes d'honneur
Précieux pour Ménages et Malades
Exiger la signature de l'inventeur Baron LIEBIG en encre bleu sur l'étiquette.
Se vend chez les Épiciers & Pharmaciens
SE MÉFIER DES IMITATIONS
Le Véritable Emplâtre
à la RÉSINE PURE DE THAPSIA
de REBOULLEAU, préparé par LE PERDRIEL
est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur), et porte en diagonale les Signatures :
Ch. Le Perdriel Reboulleau

35e Année. — Tome I. N° 3 Samedi 7 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Gangrène de l'appendice iléo-cœcal. — Péritonite purulente enkystée, périhépatite, pleuro-pneumonie droite suppurée. Mort. — Nécropsie.

Par M. Ernest Dupré
Interne des hôpitaux.

L'observation qui suit est celle d'un petit malade de notre service, à l'hôpital Trousseau, dont la nécropsie nous a paru offrir quelque intérêt. C'est sur le conseil de notre très cher maître, M. Legroux, que nous la présentons à la Société.

D....., Alexandre, âgé de 13 ans, sans antécédents héréditaires ou collatéraux dignes d'être signalés, entre le 19 novembre 1887, salle Lugol, n° 54.

Depuis quelques mois, l'enfant souffrait d'une constipation intermittente, survenant par périodes, pendant lesquelles le petit n'allait à la selle que tous les trois ou quatre jours.

Mercredi 16 novembre, au cours d'une de ces périodes (l'enfant était constipé depuis deux jours), survinrent des douleurs abdominales, localisées dans la fosse iliaque droite, avec du malaise et de la fièvre. L'enfant s'alita, et le lendemain (17 novembre), après une nuit d'insomnie, il eut plusieurs nausées, quelques frissons dans la journée, une fièvre plus vive et les douleurs, toujours localisées, redoublèrent d'acuité.

Insomnie, subdelirium dans la nuit.

Le vendredi 18, redoublement de la fièvre et des douleurs, vomissements. — Constipation persistante.

Samedi 19. — Entrée à l'hôpital. L'enfant nous est amené à la consultation par sa mère : il marche, courbé en deux, les mains sur le ventre, la face contractée, dans l'attitude de la souffrance abdominale la plus vive.

Etat actuel. — Fièvre intense (40°), pouls rapide, plein et fort.

Langue saburrale. Constipation, datant de 5 jours. Anorexie absolue.

L'examen du ventre est difficile, à cause de la douleur, aussitôt provoquée par la palpation. L'abdomen est légèrement ballonné dans toute son étendue, mais la distension prédomine au niveau de la fosse iliaque droite. Là aussi prédomine la douleur à la pression : à la palpation, on reconnaît une rénitence élastique de la région, qui est sonore à la percussion. Le reste de l'abdomen est sonore aussi, mais plus souple, plus dépressible que la région iliaque droite.

Pas d'empâtement, pas d'œdème.

Le diagnostic probable est typhlite et pérityphlite par stase stercorale, menaces de péritonite.

Traitement. — Cataplasmes laudanisés glacés en permanence sur le ventre. Calomel : 1 gramme, en deux prises.

Le 20. — T. m. 39° 4. — Pouls fréquent, un peu moins fort que la veille.

Un vomissement bilieux abondant.

Pas de selle. L'abdomen est plus tendu qu'hier ; circulation collatérale veineuse superficielle, côté droit du ventre ; les douleurs ont augmenté, sont devenues plus vives, plus superficielles, plus étendues ; les phénomènes physiques sont stationnaires : sonorité à la percussion de tout l'abdomen, rénitence plus marquée à droite et en bas, au niveau du cæcum ; celui-ci cependant ne fait aucun relief appréciable ; ni œdème ni empâtement de voisinage.

Cataplasmes glacés, onctions mercurielles sur l'abdomen. Lavement purgatif (sulfate de soude, miel de mercuriale). T. v. 40°2. — Chlorhydrate de quinine 0,75. T. m. 38°,4. Le 21. — Etat général mauvais. Facies abdominal, grimaçant. Douleurs continues, généralisées à tout l'abdomen. Météorisme croissant. Des arborescences veineuses se dessinent sous la peau. A la palpation, il semble que la rénitence soit plus marquée ; à la percussion, la moitié droite du ventre est moins sonore que la moitié gauche, surtout à la partie inférieure.

Le lavement a provoqué deux selles. T. v. 39°6. Calomel : 0,50.

Le 22. — T. m. 38°,8. Facies plus grippé qu'hier ; douleurs persistantes. Ventre très ballonné ; lacis veineux développé à droite. La paroi ne se laisse plus déprimer, dans la fosse iliaque droite, et dans le flanc du même côté ; la peau est tendue : submatité dans le flanc et la partie externe de la fosse iliaque.

Même traitement ; lavement purgatif. T. v. 39°6.

Le 23. — T. m. 38°. Léger affaissement du ventre, dans sa moitié droite ; dans toute cette partie, matité à la percussion. Douleurs

vives à la palpation : à gauche, persiste le météorisme et la sonorité.

Trois selles, fétides, sans pus. L'état général est toujours aussi mauvais, quoique le malade se sente mieux et se plaigne moins ; le pouls est petit, filiforme, précipité, le facies se grippe de plus en plus, le nez et les extrémités se refroidissent. Le malade se tient couché dans le décubitus latéral-gauche. T. v. 38°6. — Naphtol et salicylate de bismuth : ãã. 2,50.

Le 24. — T. m. 37°6. Refroidissement progressif des extrémités ; facies péritonéal, somnolence, subdelirium ; le malade se trouve très soulagé et demande avec persistance à manger. Empâtement profond et matité de la partie externe de la fosse iliaque droite, du flanc et de l'hypochondre droits. La matité hépatique se confond avec la matité pathologique, et le ballonnement des parties s'oppose à une exploration détaillée des régions profondes ; à gauche, on reconnaît une sonorité tympanique uniforme.

Badigeonnage au collodion élastique de l'abdomen. Glace en permanence. Antisepsie intestinale. Lavement purgatif.

0,01 Chlorhydrate de morphine en injection, contre les douleurs. T. v. 38°. — Pouls petit, très fréquent.

Le 25. — T. m. 37°4. Le malade pousse des gémissements continus ; subdelirium ; refroidissement.

Le ventre s'est affaissé en partie, surtout à droite, où l'empâtement et la matité persistent sous le collodion. Nouveau badigeonnage.

Pas d'autre évacuation fécale. Respiration superficielle, fréquente. A l'examen du thorax, submatité de la base droite, respiration moins nette, plus voilée, à ce niveau. La douleur provoquée par le changement de position s'oppose à une exploration suffisante de la poitrine, en arrière.

En avant, il semble que le foie est refoulé en haut, car la ligne de matité transversale est plus haute que le mamelon, de 1 à 2 travers de doigt. Décubitus latéral gauche.

T. v. 37°. Pouls filiforme, misérable, incomptable. Gémissements continus dans la nuit. Refroidissement progressif, extinction du regard.

Le 26. — Mort à 8 heures du matin, samedi.

Nécropsie. — L'aspect extérieur du cadavre est celui d'une péritonite aiguë. Ventre ballonné, verdâtre, avec une prédominance marquée de la coloration verte dans la moitié droite de l'abdomen.

A l'incision, l'*intestin grêle* distendu fait saillie au dehors. *Le grand épiploon*, d'apparence normale, se laisse relever en haut facilement.

Le péritoine pariétal en avant, normal dans sa moitié gauche, présente, à droite, un état terne et dépoli, parsemé de plaques nombreuses et irrégulières de vascularisation rougeâtre. Sur les côtés, au niveau de la paroi, à gauche et sur toute la surface de l'intestin grêle, le péritoine est dépoli, trouble, et des adhérences molles, glutineuses, accolent les anses intestinales entre elles : on aperçoit, disséminées irrégulièrement dans le paquet intestinal et sur les parois latérales et postérieures de l'abdomen, des fausses membranes jaunâtres, molles, minces, qu'on détache très facilement de la séreuse et qui semblent toutes avoir été enroulées sur elles-mêmes par les mouvements de l'intestin, car elles sont allongées et repliées en deux ou trois tours concentriques sur elles-mêmes.

Les colons transverse et descendant, l'S illiaque sont réduits de volume, aplatis et comprimés contre la paroi par l'intestin grêle météorisé, trois fois plus volumineux que le gros intestin.

A droite, *le colon ascendant*, *le cœcum* et le bord inférieur du foie sont masqués tout d'abord par un revêtement pseudo-membraneux jaunâtre, qui adhère à la paroi antérieure qu'on récline en dehors. Cette fausse membrane se laisse facilement déchirer, et on découvre alors, dissimulant tous les organes sous-jacents, une collection liquide gris-jaunâtre, granuleuse, d'odeur fétide, au milieu de laquelle flottant les débris de fausses membranes jaunâtres, retenues à la paroi abdominale.

En épongeant cette nappe purulente, on aperçoit, englobés dans des paquets de fausses membranes grisâtres, le colon ascendant, l'angle des colons ascendant et transverse, la vésicule biliaire, le duodénum, et la face inférieure du lobe droit du foie.

En bas, point de départ supposé de la lésion, on trouve en avant une limite nette à cette loge purulente. Cette limite est marquée par une fausse membrane épaisse, jaune, réunissant la paroi antérieure du ventre au colon ascendant, à sa limite avec le cœcum, englobant le colon dans la cavité de l'abcès, et l'isolant de l'intestin grêle voisin.

Au-dessous et en bas, le cœcum est libre d'adhérences en avant; mais, en arrière, il en est autrement. A la limite de ces deux surfaces, antérieure et postérieure, est un cloisonnement pseudo-membraneux qui les isole : cette barrière limite, en avant, une loge pleine de pus et de fausses membranes, qui englobe l'appendice vermiculaire et le cul-de-sac inférieur cœcal; l'*appendice*, noirâtre, épaissi, présente à la coupe une infiltration purulente concrète de son intérieur, et une gangrène manifeste de ses parois. Mais, au niveau de son union avec le cœcum, il est simplement rouge, congestionné,

L'iléum et le cœcum sont aussi très congestionnés, surtout l'iléum, dont la muqueuse est d'une couleur rouge sombre uniforme.

L'extrémité inférieure de l'appendice, méconnaissable, se perd dans la cavité enkystée que nous avons indiquée en arrière et en dehors du cœcum. Cette cavité communique, en haut, derrière le colon, avec la grande loge que nous avions vu tout d'abord ; elle contourne de bas en haut, en un demi-tour de spire, le gros intestin, et finit par l'englober tout entier un peu plus haut, à trois travers de doigt environ au-dessus de la crête iliaque.

Alors la loge s'élargit, remonte jusqu'à l'hypochondre, et affecte les rapports suivants :

Toute la face inférieure du lobe droit du foie, du lobe de Spiegel et de l'éminence porte antérieure sont baignées par le pus ; elles sont recouvertes par une fausse membrane mince, jaune, partout continue à elle-même. *La vésicule biliaire* est englobée dans la poche purulente ; elle est réunie par des adhérences, aisées à rompre, à l'angle du colon, sur lequel elle a marqué son empreinte colorée par la bile. Cette vésicule est de volume normal, à demi remplie ; elle ne contient pas de calculs.

Le duodenum et le colon sont englobés tous deux par les fausses membranes, qui s'arrêtent exactement à la limite des deux lobes droit et gauche du foie.

Le pus qui baigne la face inférieure du foie est remonté, en arrière et en avant, sur la face convexe ; le ligament coronaire, au milieu des adhérences, ne se reconnaît pas, et toute la face supérieure du foie, recouverte d'une fausse membrane jaunâtre, est séparée du diaphragme par une nappe purulente communiquant largement avec le reste de l'épanchement sous-jacent. Mais la péritonite sus-hépatique est strictement localisée au lobe droit ; elle ne dépasse pas, en haut et à gauche, la lame du ligament falciforme. Celui-ci a formé une barrière absolument respectée par le pus ; tout le lobe gauche du foie est sain, libre, et tout le péritoine est normal, à gauche de ce ligament. En bas, la péritonite est enkystée par une cloison pseudo-membraneuse qui continue le ligament falciforme et s'insère dans le sillon longitudinal gauche de la face inférieure du viscère, isolant ainsi, en bas également, le lobe gauche du reste de l'organe.

Le péritoine diaphragmatique est tapissé de fausses membranes. Pas de perforation du diaphragme.

La plèvre droite correspondante est le siège des mêmes altérations, aussi bien la pariétale que la viscérale. Tout le lobe inférieur droit est hépatisé, et ne surnage point dans l'eau. Un demi-verre de pus sépare la base hépatisée du poumon droit du diaphragme.

A la limite de la scissure interlobaire se circonscrit la pleurésie purulente avec épanchement.

Au-dessus, pleurésie au début, sans épanchement : des tractus fibrineux fins, très nombreux, réunissent les sept feuillets de la plèvre, dans toute l'étendue de la loge pleuro-pulmonaire droite, jusqu'au sommet.

Pas de tubercules.

Rien au *cœur*, rien au *péricarde*.

Reins congestionnés.

Rate normale.

Le foie, congestionné, ne présente à la coupe aucune altération en foyer. Pas d'abcès du parenchyme, ni angéiocholite ni pyléphlébite.

L'estomac, modérément distendu, n'offre pas de lésions.

L'intestin grêle est sain ; sa muqueuse est d'un rouge sombre, dans ses dernières portions.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation, au point de vue clinique, est médiocre : il faut seulement noter le mutisme relatif des symptômes, dans lesquels ont évolué les progrès ascendants d'une suppuration si rapide.

Mais le cadavre présentait un peu plus d'intérêt que le malade. Notons en effet : 1° La rapidité et le degré d'extension des lésions qui, parties du fond du péritoine, au niveau de la terminaison de l'appendice vermiforme, sont remontées, en 9 jours, jusqu'au sommet de la plèvre ; 2° La disposition anatomique de ces lésions qui, ordonnées tout en hauteur, ont un minimum d'extension en largeur, puisque la péritonite purulente est étroitement enkystée à droite, et que le péritoine périhépatique n'est intéressé qu'à droite du ligament suspenseur. Deschamps, dans sa thèse, a d'ailleurs souvent noté cette limitation des lésions péritonéales par le ligament falciforme, qui joue ainsi le rôle d'une barrière anatomique, souvent respectée, dans les périhépatites ; 3° L'unité pathologique de la grande séreuse pleuro-péritonéale, unité affirmée plus souvent par l'ascension des lésions du péritoine à la plèvre que par la descente des lésions de la plèvre au péritoine. Et ce fait peut s'expliquer, nous semble-t-il par la direction centripète du courant des circulations blanche et rouge. Les lymphatiques du péritoine phrénique se rendent dans les ganglions médiastinaux antérieurs et postérieurs, en grande partie, comme ceux de la plèvre et avec eux. Les veines phréniques se rendent dans des troncs veineux qui côtoient la plèvre dans leur trajet ascendant.

Des cas analogues au nôtre ont déjà été publiés ; mais ils en diffèrent tous par quelques points particuliers, tels que : suppuration

des muscles voisins (West), de la loge périrénale (Cas d'Audouard, *Soc. Anat.*, 4 février 1876), du foie (Wickham Legg, cité par Deschamps dans sa thèse), des parois abdominales avec fluctuation perceptible à l'extérieur (Joffé, *Deutsche med. Wochenschrift*, 81, nº 16) ; perforation du diaphragme et vomique (Pœtsch, cité par Deschamps).

En général aussi, ces cas diffèrent de notre observation par un enchaînement anatomique moins direct des lésions et par une expression symptomatique plus lente et plus nette, qui a même pu permettre dans quelques cas un diagnostic précis ou une intervention chirurgicale, la plupart du temps d'ailleurs, inutile.

C'est pourquoi nous avons présenté l'histoire de notre petit malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1888. — Présidence de M. Lannelongue.

M. *Terrier*. J'ai soumis à M. Pasteur la question de savoir si on trouve, dans une eau bouillie, des germes et des spores. Il y en a. Ils ne sont pas, d'après lui, pathogènes, mais cependant ils ne pourraient être indifférents.

D'après lui, il faudrait se servir d'eau distillée, qu'on passerait ensuite dans le filtre Chamberland, qu'on ferait ensuite bouillir : on aurait beaucoup de chances d'éviter les accidents.

M. *Terrillon*. J'ai absolument dit la même chose.

M. *Polaillon*. Je me sers d'eau distillée bouillie et additionnée d'acide phénique.

Volvulus de l'intestin-grêle suivis de péritonite. Laparotomie. Mort, par M. *Ovion* (de Boulogne). —Rapport. — M. *Berger*. Jeune garçon de 12 ans. Après l'injestion de pâtisseries eut des coliques, des vomissements, puis pendant deux jours, il n'eut rien. Après deux jours on donne purgatif.

Le cinquième jour seulement les vomissements et le ballonnement se montrèrent.

Le sixième jour seulement le diagnostic est posé.

Le soir même, on fait la laparotomie.

On trouva une péritonite généralisée avec adhérences et du pus dans le petit bassin. Enfin, on finit par découvrir un cordon blanchâtre qui n'était autre que l'intestin enroulé sur lui-même ; on le déroule et on s'assure que les matières passent dans le bout inférieur.

24 heures se passent avec de l'amélioration, mais après 48 heures, le malade meurt de péritonite généralisée.

M. Ovion se demande si on n'eût pas dû intervenir plus tôt; mais le diagnostic n'a pu être fait que le sixième jour, et on ne peut intervenir que quand le diagnostic est posé.

M. Ovion se demande si il aurait dû draîner. Il y a lieu de draîner quand il y a une péritonite localisée.

Le lavage qu'on aurait pu faire n'aurait pas donné non plus de bons résultats.

Deux cas de perte de substance considérable traités par l'autoplastie (méthode italienne modifiée) par M. *Poncet* (de Lyon). — Rapport. — M. *Berger* rappelle qu'il a présenté des malades auxquels il a fait de l'autoplastie d'après la méthode italienne modifiée.

La première observation de M. Poncet a trait à une jeune fille de 15 ans qui, depuis six ans, portait au niveau de la malléole externe une perte de substance de 5 à 6 centimètres au milieu d'une vaste cicatrice. On avait tout essayé sans succès.

Il tailla sur la région fessière correspondante un lambeau qui s'appliqua par son propre poids, et qui fut suturé à l'ulcère préalablement avivé. Le membre fut maintenu dans la flexion forcée. Le neuvième jour, on coupa la moitié du pédicule; le treizième jour, il acheva la section, et le lambeau continua à vivre. La cicatrisation de la plaie de la fesse fut assez longue. Le lambeau s'appliqua complètement. Depuis, la guérison s'est maintenue.

Au huitième jour après la section du pédicule, la sensibilité du lambeau était complète.

Depuis, M. Poncet a fait une autre opération. Il s'agissait d'un jeune homme qui avait, au niveau de la région olécranienne, une perte de substance due à une vaste escharre. Il aviva l'ulcère et appliqua dessus un lambeau pris sur la partie latérale du tronc auquel il tenait par son pédicule. Le pédicule fut coupé en deux temps, le neuvième et le treizième jour. Le lambeau séparé du tronc continue à vivre; il y eut cependant un point sphacélé. Quelques greffes épidermiques eurent raison de la petite perte de substance.

La sensibilité n'y était pas encore revenue après six mois.

M. Berger fait ensuite l'historique de la méthode italienne.

Tagliacozzi est le premier qui ait employé la méthode d'autoplastie dite méthode italienne.

C'était une méthode très compliquée. Elle était tombée dans l'oubli.

Renaunie, de la Garenne, avait proposé de la renouveler en faisant l'autoplastie en un seul temps; il ne paraît pas l'avoir employé,

et Grœfe, en 1816, mit cette idée à exécution. Il refit la pointe du nez au moyen d'un lambeau brachial.

C'était un mode nouveau de la méthode italienne, et non une méthode nouvelle.

Cette nouvelle manière eut des insuccès qui la firent échouer et repousser, notamment par Dieffenbach, qui revint au procédé pur de Tagliacozzi. Moi-même, j'ai opéré par la méthode italienne modifiée deux femmes. Il y a des faits d'Adams et de Socin, et depuis cette époque, le nombre des matériaux est devenu considérable.

Cette méthode ne doit pas se substituer aux autres méthodes d'autoplastie.

La nécessité d'immobiliser deux parties éloignées est si pénible qu'elle devra céder la place aux autres. Quand celles-ci ne pourront être employées, elle devient indiquée.

Ainsi, elle est indiquée quand l'ulcère est entouré d'un tissu de cicatrice, et que tous les autres moyens ont échoué.

Quand elle siège dans un point saillant sujet à des frottements, comme la région rotulienne ou la région olécranienne où il y a intérêt à recouvrir la région d'une peau extensible, au lieu d'une cicatrice qui peut s'ulcérer.

Une troisième indication est la cure des difformités cicatricielles, comme dans les faits que je vous ai présentés. Dans ces cas, les sections libératrices échouent.

Elle est indiquée dans les cas de déformations du visage, quand les incisions libératrices ou les dissections de lambeau doivent augmenter la difformité.

Ce mot de méthode italienne modifiée désigne le transport d'un lambeau frais sur une autre partie éloignée du corps, restant néanmoins fixé par un large pédicule à la région sur lequel il est pris et d'où on le sépare ultérieurement.

Cette méthode exige l'immobilisation absolue des parties, elle comporte d'abord la suture du lambeau et puis la section du pédicule du lambeau au bout d'un certain temps.

La première des conditions, c'est de s'assurer que les malades pourront supporter la position. Une autre condition, c'est de se préoccuper des moyens de fixation.

Je crois que le meilleur moyen est de préparer à l'avance un certain nombre de valves plâtrées, qu'on met ensuite après l'opération et qu'on maintient avec des bandes plâtrées.

L'avivement de la perte de substance peut se faire avec la cuillère tranchante : cela me paraît insuffisant; il vaut mieux l'enlever, il faudrait mieux enlever la totalité de la cicatrice; mais bien souvent on ne peut pas.

L'ablation du pannicule adipeux à la face profonde du lambeau me paraît dangereuse, quoique M. Poncet l'ait fait dans son premier cas : dans un cas où je l'ai fait, j'ai eu un insuccès.

Pour suturer on peut employer le fil d'argent ou le crin de Florence; il ne faut pas employer le catgut qui se résorbe trop vite : je ne crois pas qu'il faille employer de sutures profondes, quoique l'adhérence de la partie moyenne du lambeau soit plus importante que celle des fonds. Je me borne à faire de la compression.

La réunion dans la plaie qui résulte de la dissection du lambeau peut être faite comme je l'ai conseillé.

Il ne faut pas renouveler autant que possible le pansement.

Quand faut-il faire la section du pédicule?

Moi-même je l'ai fait très tard au début.

D'autres l'ont faite au huitième jour; mais on a eu ainsi des gangrènes partielles. Je crois que le temps employé par M. Poncet est le meilleur; c'est au douzième ou treizième jour qu'on peut le couper.

On peut employer la partie exubérante du lambeau pour faire l'autoplastie de la plaie résultant de l'ablation de ce lambeau.

M. *Championnière* présente un malade auquel il a fait une opération d'anévrysme artério-veineux du creux poplité: il a fait la ligature au-dessus et au-dessous. Il insiste ensuite sur la nécessité d'avoir pour la ligature du catgut absolument aseptique et résorbable.

Sont élus : *Membre titulaire de la Société* : M. Reynier.

Associés étrangers : MM. Bryant, Holmes (de Londres).

Correspondants étrangers : MM. Ceccherelli (de Parme), Gory (d'Amsterdam).

Correspondants nationaux : MM. Poncet, Bousquet, Cauchois, Houzel.

P. Bazy.

BIBLIOGRAPHIE

Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège, par le Dr N. *Charles*, professeur d'accouchements et chirurgien-directeur de la Maternité. J.-B. Baillière et fils édit. Paris, 1887.

Ces deux volumes sont la rédaction exacte et détaillée des leçons faites depuis neuf ans, à la Maternité de Liège, par le professeur N. Charles.

Parmi les documents qui ont servi à parfaire l'ouvrage, l'auteur cite ceux qu'il a trouvés dans les livres de Hubert, Hyernaux, Wasseige, Tarnier et Chantreuil, Charpentier, Pajot, Depaul, etc.

Le premier volume traite de la physiologie de la grossesse et de

l'accouchement, c'est-à-dire après l'anatomie du bassin et des organes génitaux, de la physiologie de la génération, de la grossesse et de l'accouchement normal ; le dernier chapitre, fait avec grand soin et dans lequel l'auteur n'a pas reculé devant des détails en apparence exagérés, est consacré à l'hygiène de l'enfance; on trouvera là toutes les règles dictées par le bon sens et la pratique, destinées à mener à bien la première éducation toujours d'une si grande importance.

L'alimentation, les accidents de la lactation chez la mère, le sevrage, etc., l'habillement du nouveau-né, les soins de propreté, le sommeil de l'enfant, les promenades, la séméiologie des cris de l'enfant, la dentition, etc., font l'objet de chapitres instructifs et utiles au médecin, pour lequel si souvent les questions maternelles sont sur ce sujet embarrassantes et pressantes.

Le second volume nous a davantage intéressé encore au point de vue chirurgical ; l'auteur a su garder une sage réserve et s'en tenir à son rôle d'accoucheur.

Il décrit avec grand soin et grande clarté les affections dépendant de la grossesse, les dystocies maternelles, fœtales ou provenant de complications diverses. Mêmes descriptions méticuleuses et mêmes conseils utiles dans les chapitres ayant pour sujet la pathologie de la grossesse.

Mais lorsqu'il s'agit de la périnéorrhaphie, du prolapsus utérin, de l'inversion utérine, etc., l'auteur a grand soin de différencier le rôle de l'accoucheur et celui du chirurgien. Qu'un accoucheur soigne l'éraillure de la fourchette par des soins de propreté antiseptique, cela est dans son rôle, dans son devoir, et M. le professeur Charles n'appelle pas, comme l'ont fait certains auteurs, ce pansement une périnéorrhaphie immédiate ; mais qu'il laisse au chirurgien le soin de faire une périnéorrhaphie à la suite des déchirures du 2e, du 3e ou du 4e degré du périnée comme hélas ! certains accoucheurs en laissent encore se produire. « Nous renvoyons, dit M. Charles, pour les détails que comporte cette opération aux traités de chirurgie et de gynécologie. »

Les opérations obstétricales constituent une grande partie du second volume. — Une longue étude sur le forceps est des plus instructives. Mais nous avons été surpris d'y lire la phrase suivante à propos du merveilleux forceps de M. le professeur Tarnier : « Nous ne nous arrêterons pas sur toutes ces modifications que, après expérimentations, nous jugeons inutiles et qui compliquent sans avantage réel un instrument admirable par sa simplicité et par les résultats qu'on en obtient. »

Du reste, M. Charles semble préoccupé dans toutes ses descriptions d'instruments de deux choses, qui évidemment ont une grande

importance, c'est la simplicité de l'instrumentation et la modicité du prix des appareils. Ces points sont pour lui assez intéressants pour mettre comme argument contre certains instruments le prix même de celui-ci, qu'il a grand soin de mettre entre [ ] lorsqu'il a à en parler. — C'est ainsi que nous voyons que le perforateur de Blot, bien préférable à celui de Pinard, ne coûte que 14 fr. au lieu de 18 fr. le second et celui de Leisnig, 35 fr.

Parmi les céphalotribes, M. Charles préfère celui de Bailly (55 fr.) aux instruments de Tarnier, plus compliqués et plus chers (72 et 80 francs).

De même l'appréciation du forceps scie de Tarnier est ainsi résumée « Cet instrument est d'un prix trop élevé et ne présente pas d'avantage suffisant pour le faire adopter. »

Le cranioclaste de Braun (60 francs) est celui qu'adopte M. Charles plutôt que celui d'Auvard (90 francs) « qui ne lui est pas supérieur. »

C'est ainsi qu'à la fin de chaque chapitre l'auteur donne les conseils de son expérience et veut rendre accessible à tous les médecins l'art que l'on cherche au contraire à spécialiser, et que tous doivent connaître et exercer. L'accouchement, quelque difficile qu'il soit, est une opération d'urgence et tout médecin digne de ce nom peut et doit le pratiquer.

Mais qu'il se rappelle — et c'est par cette phrase que se termine le livre que nous avons été heureux de lire et que nous verrons certainement dans toutes les mains avant qu'il soit longtemps que, « en résumé, l'on peut dire que, en se conformant aux principes actuels de l'obstétrique, le praticien peut écarter la plupart des dangers de l'accouchement ou les combattre avec les plus grandes chances de succès ; que *le plus grave* (j'ajouterai presque le seul), *la septicémie, est conjuré avec certitude et, grâce à la méthode antiseptique, la femme n'a plus à craindre cette maladie qui jadis faisait tant de victimes* ».

NOUVELLES

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Le prix annuel de la Société vient d'être décerné à MM. Paul Blocq et Gillet, internes des hôpitaux, pour un mémoire intitulé « *Des cirrhoses considérées comme hépatites infectieuses* ». Une somme de 800 francs a été attribuée à ce prix.

Un encouragement de 200 francs a été accordé à M. le Dr Liégeois (de Bainville-aux-Saules) pour un travail intitulé « *Manuel clinique et pratique des hémorrhagies* ».

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.


FARINE LACTÉE NESTLÉ
qui réussit très bien aux jeunes enfants, n'est autre qu'un mélange desséché dans le vide de lait de vache, de sucre et de croûte de pain, mélange ayant à peu près la composition du lait de femme.
Dr C. WURTZ, Doyen honoraire et Prof. Faculté de Médecine de Paris.
SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 4 Mardi 10 Janvier 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 4 Mardi 10 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LE Dr DIEULAFOY.

Un cas de narcolepsie (1).

Par M. H. LEGRAND,
Interne des hôpitaux.

Gustave Baud..., âgé de 16 ans, garçon marchand de vins, se présente, le 15 juillet 1886, à la consultation de M. Dieulafoy, à l'hôpital Saint-Antoine. Il est conduit par sa mère et se plaint de « tomber de sommeil » à chaque instant depuis quelques jours. Il a toutes les apparences d'une santé excellente, l'air assez intelligent ; il répond aux interrogations avec netteté et sans aucun trouble de la parole ; mais tandis qu'on procède à un examen sommaire, il s'endort en effet plusieurs fois, debout, pendant quelques secondes. Il est admis à l'hôpital et occupe le lit n° 3, salle Bichat.

Les antécédents héréditaires ont été établis d'après les détails fournis par la mère. Le grand-père paternel était, paraît-il, *asthmatique*. Le père est mort à 31 ans *diabétique*, arrivé à un degré d'émaciation extrême ; il n'était pas alcoolique. Pas d'épilepsie dans la famille.

Du côté de la mère, rien de spécial à noter : elle n'est pas nerveuse ; mais le malade a une sœur âgée de 17 ans qui, d'après les renseignements, est nettement hystérique bien qu'elle ne présente pas une des grandes formes de la névrose ; elle se plaint souvent d'étouffements, de sensations de boule œsophagienne ; au couvent, elle se faisait remarquer par son humeur bizarre.

Antécédents personnels. La santé de Baud... a toujours été excellente. Il a été élevé aux environs de Saint-Cyr ; n'a jamais eu de convulsions, de rhumatisme, de chorée ; il n'y a pas trace chez lui d'impaludisme ni de syphilis héréditaire ou acquise.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Depuis l'âge de 7 ou 8 ans, jusqu'à cette année, il a toujours eu *un tic*, limité à la tête et au cou, et consistant en un mouvement brusque par lequel il relevait à chaque instant la tête en la tournant à droite, en même temps que la bouche esquissait une légère grimace dans la même direction.

Le tic n'a cessé, nous a dit la mère, que ces derniers temps, à l'époque où ont commencé les attaques de sommeil.

Il n'avait éprouvé ou manifesté aucun autre phénomène nerveux ; son caractère est habituellement assez triste.

Il a d'abord travaillé chez un imprimeur ; depuis deux ans il est garçon marchand de vins, *profession fatigante*; il ne se couche qu'à 2 heures du matin pour se relever à 6 ou 7. Il n'est pas alcoolique.

Il y a un mois et demi, il a contracté la gale ; l'a gardée très peu de temps, limitée aux mains et aux avant-bras. A l'hôpital Saint-Louis où la maladie fut diagnostiquée, il subit par tout le corps le traitement classique, *la frotte*, le 25 juin. C'est le 28, trois jours après, que débutent brusquement les attaques de sommeil. Les premières attaques duraient de une à deux minutes ; elles étaient aussi fréquentes, mais plus longues que celles que nous avons observées. Le réveil était plus pénible, s'accompagnait toujours d'effroi, et le malade ne reconnaissait les personnes qui l'entouraient qu'au bout de quelques secondes. Pendant 8 jours on l'a constamment surveillé, les attaques revenaient à chaque instant. Il a d'abord été soigné par un médecin de la ville.

Etat du malade le 15 *juillet et pendant son séjour à Saint-Antoine.* La description des attaques nous paraît devoir être rapportée avant toute autre chose, car elles sont le phénomène capital.

Tout à coup, sans aucun prodrome, sans aura d'aucune espèce, les yeux du malade se ferment, il incline la tête légèrement en deux ou trois saccades; il dort. Ce sommeil dure 20, 40, 60 secondes, parfois davantage ; puis subitement la tête se relève, les yeux s'ouvrent, un peu étonnés, mais le malade recouvre à l'instant toute sa présence d'esprit et se remet à la conversation. Ordinairement, pendant le sommeil, les yeux sont fermés ; plusieurs fois cependant nous avons pu les observer entr'ouverts ; les pupilles sont alors plutôt contractées ; le globe de l'œil roule un peu en haut et en dedans; l'œil est vague, sans regard, sans fixité. Le visage ne pâlit pas pendant les attaques et ne semble pas non plus congestionné.

Le réveil est spontané ; le malade ouvre les yeux, fait une inspiration peu profonde, se frotte les yeux et se remet à la conversation. On peut provoquer le réveil et hâter la fin du sommeil en frappant ou en touchant, même très légèrement, le malade. Il se réveille alors subitement, et dans ce cas sa physionomie exprime toujours un peu

d'effroi et pâlit légèrement. Si l'on soulève un bras pendant le sommeil, il ne reste pas suspendu comme dans l'état de catalepsie, mais retombe lourdement et le malade se réveille. La conscience est abolie pendant les attaques, le malade ne répond pas, ne perçoit pas, et ne se souvient pas au réveil.

Les attaques le surprennent à tout instant. S'il est assis, la tête s'incline simplement sur la poitrine ; s'il est debout, même loin de tout appui, il reste en équilibre oscillant un peu de côté et d'autre. S'il marche, il s'arrête tout à coup, la tête s'incline, il s'endort. Pendant le repas, nous l'avons vu tombant le nez dans son assiette ; la main portant la fourchette s'arrête et retombe ; les mouvements de mastication sont suspendus, la bouche reste ouverte.

En conversation, à la fin d'une phrase ou bien au moment de parler à son tour, il s'endort ; mais je n'ai pas observé l'attaque de sommeil coupant brusquement une phrase. Je tiens de son patron, le marchand de vin, qu'il lui est arrivé de s'endormir en servant les clients ; quand il se réveillait tout à coup, le litre qu'il tenait à la main était vide, ou bien il venait de rouler sur le comptoir.

Le nombre de ces attaques est considérable ; elles sont plus fréquentes dans l'après-midi et surtout après les repas. J'en ai compté 17 et 21 par heure ; ce qui donne le chiffre de 200 et plus pour la journée. A plusieurs reprises j'ai constaté 2, 3, 4 attaques par quart d'heure.

Les émotions, l'attention soutenue, la plupart des mouvements et des positions ne nous ont pas paru en augmenter la fréquence.

Un seul moyen peut ramener l'attaque à volonté ; mais alors elle s'accompagne d'une brusque résolution musculaire et d'une *chute subite en avant*, fait que je n'ai retrouvé dans aucun des cas de narcolepsie publiés jusqu'à présent.

Il suffit au malade d'incliner la tête en avant, jusqu'à rendre le visage à peu près parallèle au plancher pour être aussitôt précipité violemment la face contre terre dans l'état de narcolepsie pendant 30 à 60 secondes. J'ai plusieurs fois renouvelé l'expérience ; l'effet est d'autant plus brutal que la malade incline plus rapidement la tête. L'inclinaison de la tête en arrière ou de côté ne produit rien ; le malade reste dans le décubitus dorsal sans avoir des attaques plus fréquentes que d'habitude.

La nécessité de ne pas incliner la tête en avant sous peine de tomber en attaque lui a fait modifier les mouvements nécessités par divers actes journaliers. Ainsi pour monter dans son lit, au lieu de mettre le genou sur le matelas en étendant les bras en avant, il doit s'asseoir d'abord sur le bord du lit, se renverser ensuite sur l'oreiller et faire entrer enfin les jambes dans le lit. Veut-on lui faire ramas-

ser un objet à terre? s'il penche tout son corps en avant, l'effet ne manque jamais, il tombe lourdement sur le sol au risque de s'endommager le visage; aussi se met-il d'abord prudemment à genoux près de l'objet qu'il veut saisir avec la main, mais en conservant la tête toute droite. C'est ainsi, mais pour un tout autre motif, que procèdent, d'après la description de Pott, les malades atteints de mal vertébral.

Enfin, ces attaques provoquées ne durent pas plus que les autres; le malade se relève vivement; « mais, dit-il, c'est fatigant. »

La nuit, il dort bien, sans agitation, sans cauchemars, sans somnambulisme. Souvent le matin, au premier réveil, il est très fatigué, ses membres sont lourds; il est beaucoup plus fatigué, dit-il, que lorsqu'il faisait des veillées prolongées; presque toujours on était pourtant obligé de le secouer vivement pour l'éveiller.

Jamais il n'a uriné involontairement pendant le sommeil soit normal, soit pathologique.

L'examen attentif du malade nous a fourni les constatations suivantes outre les faits mentionnés ci-dessus.

L'intelligence est nette : Baud... s'exprime bien, décrit avec assez de précision ce qu'il éprouve : le style et l'orthographe de ses lettres sont très corrects. Le patron chez lequel il travaille l'estime beaucoup et tient à le garder malgré sa maladie. Son caractère est triste; il est peu parleur, dit sa mère; il n'a jamais d'emportements.

Pas de maux de tête. L'ouïe est normale; la vue excellente; le champ visuel ne nous a paru rétréci dans aucun sens lors du premier examen; pas d'achromatopsie; pupilles normales. Le pharynx est sensible; ses reflexes normaux. Le goût, exploré par l'application d'un peu de sel de cuisine et de sulfate de quinine sur la langue nous a paru un peu affaibli à gauche. Jamais le malade n'a éprouvé d'étouffement ni de sensations de boule. Les testicules ne sont pas spécialement douloureux à la pression; nulle part nous n'avons trouvé de zone hystérogène. Les réflexes tendineux du genou et du coude sont normaux.

L'examen de la *sensibilité cutanée* nous a montré un certain degré d'anesthésie limitée au côté gauche, au membre supérieur et dans la région pectorale. Les deux pointes sur la face antérieure du bras gauche ne sont perçues qu'avec un écartement d'au moins 6 centimètres. Du côté droit l'écartement minimum était de 3 centimètres.

L'auscultation du cœur a révélé lors du premier examen un souffle léger systolique, plus accentué vers la base et propagé dans les vaisseaux. Le pouls et le rythme cardiaque ne subissent à l'exploration aucune modification pendant les attaques.

Les fonctions digestives sont excellentes.

Les urines, rendues en quantité normale, ont été examinées avec soin tous les jours pendant une quinzaine de jours; *jamais elles n'ont renfermé*, avec les procédés ordinaires en clinique, *traces d'albumine ni de sucre.*

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

INSTABILITÉ DU SIROP DE GIBERT-BOUTIGNY. — Le sirop de Gibert ou de Boutigny n'est pas inscrit au *Codex*, mais il est très souvent formulé et il n'est pas inutile de savoir que ce sirop n'est pas très stable. *M. P. Carles* (*Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux*) y a constaté un dépôt formé d'iodure mercureux et de dépôt métallique; ce dépôt s'est produit aux dépens du biiodure de mercure que l'iodure de potassium a été impuissant à maintenir à l'état de combinaison soluble.

Cette décomposition est la résultante de la dilution de l'iodure double, de la présence dans le sirop de corps réducteurs, enfin de l'action de la lumière. Si pour une même dose d'iodure rouge on fait varier la proportion d'iodure alcalin, d'une part, et la proportion d'eau d'autre part, on constate que le degré de dissociation du mélange est en raison directe du volume d'eau employé et en raison inverse de la quantité d'iodure potassique. L'eau du sirop agit de la même façon que l'eau distillée, quoique plus lentement.

Pour éviter cette dissociation, il faut donc porter au maximum la dose d'iodure alcalin et au minimum l'eau totale du sirop. Le sirop lui-même contient des corps réducteurs s'il renferme de la glycose, s'il a été fait avec de sucres impurs, si sa cuite a été exagérée comme durée ou intensité de chaleur, ou si, durant une longue conservation, il a été la proie des moisissures. Ce sirop contient encore des agents réducteurs s'il a été aromatisé ou coupé avec du sirop extractif d'écorces d'oranges amères ou autres.

Le soleil enfin s'oppose à la stabilité des sels mercuriels, et son action directe suffit pour intervertir lentement le sucre et favoriser son action réductrice sur le sel mercurique.

Il résulte des remarques ci-dessus qu'il faut: 1° employer au moins 100 parties d'iodure potassique pour une d'iodure mercurique, c'est-à-dire un gramme pour un centigramme; 2° faire la dissolution dans la plus petite quantité d'eau possible (mieux vaudrait peut-être l'alcool); 3° ne se servir que de sirop simple récent fait avec du sucre pur et à froid, sans aucun arôme, et conserver ce sirop à l'abri de la lumière.

Un nouveau traitement de la sueur des pieds. — Le Dr *Legoux*, médecin de l'hôpital d'Albert (Somme), a employé avec succès, dans les cas de sueurs très abondantes des pieds, le traitement suivant :

Il prescrit pendant deux jours l'emploi de bains de pieds froids avec l'eau de feuilles de noyer ; puis, le troisième jour, il institue le traitement approprié :

Glycérine......................	10 grammes.
Perchlorure de fer liquide.......	30 —
Essence de bergamote	20 gouttes.

Badigeonner les pieds, matin et soir, avec un pinceau trempé dans cette mixture.

La transpiration locale disparaît peu à peu, et avec elle cette odeur nauséabonde si caractéristique. A la chaleur âcre succède une sensation de froid agréable.

L'affection peut récidiver, mais un simple badigeonnage fait de temps en temps suffit pour conserver à la peau la résistance et la dureté qu'elle acquiert par le traitement.

A. Chevallereau.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

—

Séance du 8 *décembre* 1887. — *Présidence de* M. Bouchard.

M. *Legrand* fait une communication sur un cas de narcolepsie (V. *France médicale*, n° 4, p. 37).

M. *Ruault*. A la Société médico-psychologique, j'ai dernièrement rapporté l'observation d'un malade atteint de narcolepsie. Il n'était ni hystérique, ni épileptique. M. Charcot, qui, à l'occasion de ma communication, a bien voulu donner son opinion sur la nature de la narcolepsie, a déclaré qu'il ne la considérait point comme une forme de l'hystérie.

M. *Berbez*. L'hystérie compte parmi les manifestations des attaques de sommeil. Ces attaques, ainsi que M. Charcot l'a montré, diffèrent des accès de la narcolepsie. Toutefois, en raison de l'existénce d'une hémianesthésie chez le malade de M. Legrand, il est difficile de dire s'il s'agissait chez lui de narcolepsie ou d'attaques de sommeil hystérique.

M. *Bouchard*. J'ai vu trois cas de narcolepsie, tous trois chez des hystériques.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille de quinze ans chez laquelle l'on amenait à volonté le sommeil par l'occlusion des yeux ou par la pression de l'ovaire gauche. Pendant le sommeil,

lequel était léger et ne durait que quelques instants, l'on ne pouvait provoquer aucun des phénomènes somatiques de l'hypnose hystérique.

La seconde malade que j'ai observée s'endormait spontanément chaque jour pendant la matinée. Son sommeil était profond, accompagné de ronflement. Si on la secouait, elle se retournait et retombait dans le sommeil. Il était impossible chez elle de provoquer le sommeil hypnotique.

Enfin, chez une troisième malade cachectique, atteinte de rhumatisme noueux et entachée d'hystérie, j'ai vu survenir de temps à autre des accès de sommeil qui, au bout d'un certain temps, cédaien la place à de la contracture.

Il me semble fort difficile de distinguer la narcolepsie du sommeil hystérique. Dire qu'il s'agit de narcolepsie quand il n'y a pas concomitamment d'autres manifestations hystériques, c'est commettre à mon avis une pétition de principe.

M. *Verchère* fait, de la part de M. Leclerc (de Saint-Malo), une communication sur un cas de blessure de la base du crâne (V. *France médicale*, 1887, n° 153, p. 1856). Il fait remarquer, d'une part, que l'exploration avec la sonde cannelée était dans ce cas inutile, et d'autre part, il fait observer que la ligature de la carotide interne n'était point urgente et que l'on aurait pu sans doute conjurer l'hémorrhagie en tamponnant les cavités de l'oreille par le conduit auditif externe.

M. *Brühl* lit une observation intitulée : Fièvre typhoïde chez un homme de 61 ans, rechute, guérison (V. *France médicale*, 1887, n° 151, p. 1846).

M. *Bouchard*. La fièvre typhoïde est une affection grave chez le vieillard. Je l'ai une fois observée chez un homme de 75 ans. La mort survint dans l'adynamie, au commencement de la convalescence, alors que la fièvre avait disparu depuis plusieurs jours.

M. *Rendu*. Si j'ai bien entendu la communication de M. Brühl, c'est un mois après la guérison que la malade fut reprise de fièvre. Il ne s'agit point, dans ce cas, de rechute, mais de récidive.

Les secrétaires des séances,
A. Gilbert et M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE

—

Recherches expérimentales et cliniques sur l'antipyrine, par *C. Caravias* (Thèse de Doctorat, Paris, 1887, in-8°, 121 pages avec deux planches. G. Steinheil, édit.).

La thèse du Dr Caravias, inspirée par le professeur G. Sée, laisse à dessein de côté certaines propriétés de l'antipyrine, son action antithermique, qui a déjà donné lieu à de nombreux travaux, son action hémostatique étudiée par Hénocque et Arduin, et son pouvoir antifermentescible récemment démontré par Brouardel et Loye. Etudier l'antipyrine comme médicament analgésiant, tel est le but du Dr Caravias.

Dans un premier et court chapitre, l'antipyrine est étudiée comme corps chimique. Dans un deuxième chapitre, c'est son action physiologique qui est abordée. Or, à doses thérapeutiques, l'antipyrine agit surtout sur la moelle en diminuant son pouvoir excito-moteur ; en injections sous-cutanées, elle possède une action analgésiante des plus manifestes; à doses un peu élevées, mais non toxiques, elle diminue l'amplitude de la systole cardiaque en même temps que les vaisseaux périphériques se dilatent; enfin, en solution de 5 0/0 à 10 0/0, c'est un puissant antiseptique, peut-être même supérieur au chlorure de mercure à 1 0/00.

La variété des propriétés physiologiques de l'antipyrine explique la variété de ses applications thérapeutiques qui font l'objet d'un troisième chapitre.

Employé comme médicament *acessodyne*, l'antipyrine a été employée avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme blennorrhagique, dans nombre d'affections où l'élément douleur constitue pour ainsi dire toute la maladie (névralgies, sciatiques, zona, migraines, douleurs des nerveux et des ataxiques, des cardiaques, etc). Comme antidyspnéique l'antipyrine donne des résultats des plus remarquables dans le cas de dyspnée paroxystique, comme dans l'accès d'asthme. Dans ce dernier cas, de même que lorsqu'on veut agir rapidement, ou bien lorsque l'antipyrine n'est pas tolérée par l'estomac, le médicament doit être administré en injections sous-cutanées de 0 gr. 50 à un gramme à la fois, une à deux fois par jour. Par la voie stomacale on peut la prescrire à la dose de 3 à 6 grammes par jour.

Comme antiseptique, l'antipyrine serait enfin un précieux médicament pour combattre la blennorrhagie et la blennorrhée, qu'on l'emploie en injections uréthrales à 1/10 (3 injections par jour) ou qu'on se serve de bougies médicamenteuses contenant 0,80 d'antipyrine.

Eug. DESCHAMPS.

SUR LA PATHOGÉNIE DES ACCIDENTS NERVEUX CONSÉCUTIFS AUX EXPLOSIONS DU GRISOU, par *Paul Gaudin* (Thèse du Doctorat, Paris, 1887, in 8° 70 pages. A. Delahaye et E. Lecrosnier éditeurs).

Dans la plupart des explosions de feu grisou, dit le Dr Gaudin, on

retire de la mine, souvent fort loin de l'endroit où a eu lieu l'explosion, des mineurs qui ne présentent aucune lésion externe ou interne pouvant expliquer leur mort. D'autres sont retirés vivants, ou même se sauvent seuls, vivent quelques heures ou quelques jours, puis meurent avec des symptômes d'asphyxie. Quelques-uns ont encore pendant longtemps des syncopes, des lypothymies ou des accidents nerveux, et finissent enfin par se rétablir. On a vu des troubles paralytiques persister pendant plusieurs jours, puis se dissiper ou se terminer par la mort.

Quelle est la pathogénie de ces singuliers phénomènes? Faut-il, comme le voudrait Regnard, les attribuer à des brûlures internes? Cette théorie inventée par les mineurs eux-mêmes, qui disent qu'ils ont avalé le feu, ne reposerait sur aucune constatation cadavérique précisée, et le Dr Dujol, médecin de la Compagnie des mines de la Loire, dit dans la *Loire médicale* n'avoir jamais observé de brûlures internes par le grisou.

Faut-il avec le Dr Riembault attribuer les symptômes observés chez ces mineurs à une commotion des parties supérieures de la moelle? Mais les troubles consécutifs à la commotion des centres nerveux, s'ils ne tuent pas immédiatement, débutent sans intervalle de santé apparente. Ils sont une suite immédiate de l'accident initial. Comment avec cette théorie expliquer que les mineurs puissent s'enfuir d'eux-mêmes, et qu'ils puissent sortir sans troubles apparents pour ne tomber malades que plusieurs heures après l'accident!

Faut-il attribuer les accidents à une intoxication aiguë par oxyde de carbone ou par les autres gaz méphitiques qui se trouvent en certaine proportion dans les mines et qui augmentent de proportion lors d'une explosion? Cette théorie est susceptible d'un certain nombre d'objections que le Dr Gaudin étudie avec soin; aussi croit-il devoir la rejeter comme les deux premières.

Faut-il plutôt faire intervenir une brusque décompression qui mettait en liberté les gaz contenus dans le sang et produirait ainsi des *embolies gazeuses* et les troubles divers de la circulation? C'est cette dernière théorie qu'adopte le Dr Gaudin et qu'il défend dans sa thèse inaugurale.

Eug. DESCHAMPS.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

Nouveau spéculum à valves amovibles, breveté S. G. D. G. de *Ch. Dubois*, fabricant d'instruments de chirurgie, présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 3 janvier 1888, par M. le Dr *Vidal*, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie.

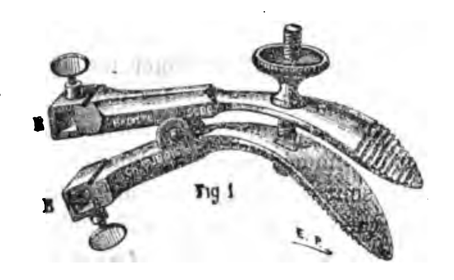
L'extension prise dans ces dernières années par l'étude des ma

ladies utérines, a vulgarisé dans une large mesure l'emploi du spéculum. Le grand nombre d'instruments de ce genre créés depuis lors démontre bien la nécessité pour le praticien d'avoir à sa disposition une série de spéculums variant, suivant les cas, de forme et de grandeur.

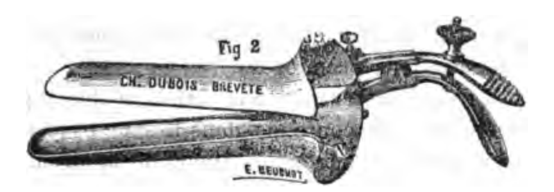
Un semblable arsenal ne laisse pas que d'être tout à la fois embarrassant et coûteux. J'ai cherché à obvier à ce double inconvénient et à résoudre le difficile problème d'un instrument unique remplissant toutes les indications.

Le spéculum que M. le Dr Vital m'a fait l'honneur de présenter à l'Académie de médecine et que j'appelle *spéculum à valves amovibles*, répond à toutes les indications et à toutes les nécessités de la pratique médicale.

La partie essentielle en est constitué par la pièce (fig. 1) qui est



destinée à recevoir dans le carré BB toutes les valves de rechange, qui y sont fixées par la vis A. Les deux valves, réunies sur cette pièce constituent le spéculum complet (fig. 2.). Il résulte de cette disposi-



tion qu'avec six valves de différentes grandeurs on obtient trois spéculums variés, ce qui est suffisant dans la pratique courante : spéculum pour vierge, spéculum pour opération, spéculum pour examen.

En outre, le mode de disposition des valves permet de les employer comme valves de Sims. A cet effet, j'ai construit (fig. 3) un manche destiné à recevoir chacune de ces valves, qui s'y trouve fixée au moyen de la vis A.

En résumé, voici les grands avantages de mon spéculum à valves amovibles, breveté S. G. D. G.

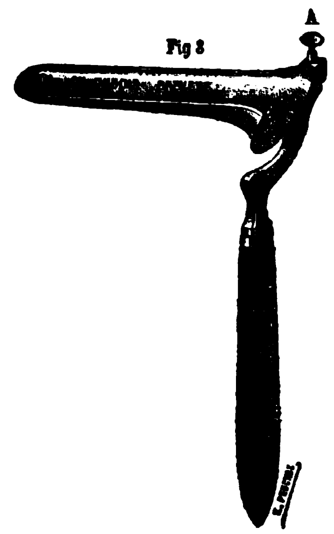


Fig 8

1° Nettoyage certain et facile, assurant par suite une antisepsie absolue.

1° Réunion sous un petit volume de trois spéculums variés de grandeur et de six valves de Sims.

3° Enfin, le prix de l'instrument complet, tel qu'il vient d'être décrit, est de beaucoup inférieur à ce que coûterait les instruments actuels qu'il remplace avec avantage.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Bourses municipales.* — Par délibérations en date des 31 décembre 1886 et 28 décembre 1887, le Conseil municipal de Paris a alloué à la Faculté de médecine une subvention annuelle de 6,000 francs, applicable à la fondation de bourses d'études.

Le montant de la bourse est de 1200 francs.

Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves pouvant justifier, pour leur famille ou pour eux-mêmes, d'un séjour de 5 années à Paris ou dans le département de la Seine; les autres conditions d'attribution sont établies par un règlement qui est dispose au Secrétariat de la Faculté avant le jeudi 12 janvier ourant.

—La SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE met au concours pour l'année 1889, les sujets suivants : 1° *Prix Lunier* : statistique des débits de boissons, comparée dans les différents pays. Déterminer les rapports entre le nombre des débits de boissons et le développement de la criminalité et de la folie. Des moyens de restreindre le nombre de ces établisse-

ments et de combattre leur influence dangereuse. Le prix est de la valeur de 1.000 francs.

2° *Prix de la Société* : « Le livre des mères, manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie. La Société française de tempérance demande un petit traité populaire, pouvant trouver sa place dans les bibliothèques à très bon marché, c'est-à-dire à 0,20 ou 0,25 centimes le volume de 100 à 120 pages in-32. Ce petit livre doit être clair, précis, sans dissertations physiologiques et économiques. Il ne doit pas discuter les principes et les méthodes, formuler des lois et résoudre des problèmes, mais répandre seulement et appliquer les préceptes, sans employer les termes techniques de la science. Un ouvrage de cette nature, s'adressant surtout à la classe ouvrière, doit parler un langage en rapport avec la culture d'esprit de ses lecteurs. Il faut qu'il ait le ton simple, persuasif, et familier de la causerie. Ce prix sera de 1.000 francs.

Les mémoires devront parvenir avant le 31 décembre 1888, à M. le Dr A. Motet, Secrétaire général, 160, rue de Charonne, à Paris.

3°. — Le Bureau de la Société française de tempérance pour l'année 1888, est ainsi constitué :

Président : M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. Vice-présidents : MM. le sénateur Claude ; le Dr Walther, inspecteur général de la marine, en retraite ; le Dr Vidal, membre de l'Académie de médecine ; de Nervaux, ancien directeur de l'Assistance publique. Secrétaire général : M. le Dr A. Motet. Secrétaires généraux adjoints : MM. les Drs Bouchereau et Decaisne. Secrétaires des séances : MM. les Drs Audigé et Charpentier. Trésorier : M. Jules Robyns. Bibliothécaire archiviste : M. le Dr Philbert.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 25 *au* 31 *décembre* 1887. — Fièvre typhoïde, 60. — Variole, 3. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, Croup, 37. — Phthisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 46.

Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 58. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 16. — Maladies organiques du cœur, 69.

Bronchite aiguë et chronique, 85. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 83.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 52.

Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 39. — Suicides et autres morts violentes, 31. — Autres causes de mort, 181. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 1070. — Résultat de la semaine précédente : 951.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

…-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 5 JEUDI 12 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
… et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

…ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 5 Jeudi 12 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, 11 *janvier* 1888.

M. Ossian Bonnet, correspondant de l'Académie à Rio-Janeiro, vient de faire une double traversée d'Amérique en France et de France en Amérique dans le but principal d'étudier le mal de mer et son traitement par l'antipyrine. Les observations ne lui ont pas manqué et il a pu en recueillir rapidement près d'une centaine. Dans tous ces cas le traitement, qui lui a régulièrement réussi, consistait en antipyrine en injection stomacale, à la dose de 2 grammes environ; dans les cas où il était nécessaire d'aller vite, M. Ossian Bonnet employait ce médicament en injection hypodermique.

A la suite de cette communication s'est élevée une intéressante discussion à laquelle ont pris part MM. Rochard et Le Roy de Méricourt, qui ont pu acquérir une grande expérience pendant de longues années de navigation, puis MM. Javal et Chatin.

M. Danion expose à l'Académie les dangers et l'inutilité des grandes intensités galvano-caustiques chimiques, notamment dans leurs applications aux affections utérines. Rien, ni au point de vue physiologique, ni au point de vue expérimental, ne lui paraît plaider en faveur d'une méthode qu'il trouve inutile et même dangereuse.

M. le professeur Poncet du Val-de-Grâce, qui depuis longtemps applique un très remarquable talent à l'étude de l'histologie oculaire, vient de rechercher les lésions produites dans les yeux par la lèpre tuberculeuse. Il a pu examiner à Mexico de nombreux cas de lèpre qu'il divise en trois formes : forme léonine ou tuberculeuse; forme antonine ou nerveuse ou mutilante; enfin forme lazarine ou tachetée ou ulcéreuse. Il a reçu de M. le Dr Zambaco, de Constantinople, des aquarelles représentant les lésions oculaires de la lèpre et deux yeux entiers de lépreux. C'est sur ces pièces qu'il a basé de très fructueuses études dont on trouvera reproduites plus loin les conclusions.

Nous avons enfin à signaler la lecture par M. Hanriot d'un travail

fait en collaboration avec M. le professeur Ch. Richet sur la variation des échanges respiratoires chez les animaux avec la ventilation pulmonaire et sous l'influence du sommeil. A. Ch.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. LE Dr DIEULAFOY.

Un cas de narcolepsie.

Par M. H. LEGRAND,
Interne des hôpitaux.

(*Suite et fin*)

Comme traitement, M. Dieulafoy a prescrit 2 gr. de bromure de potassium et des douches froides quotidiennes.

Jusqu'au 1er août nous n'avons pas constaté d'amélioration bien notable ; à cette époque, le malade s'ennuyant à l'hôpital, est retourné chez lui, continuant son traitement.

Bientôt l'amélioration s'est produite ; les attaques de sommeil ont diminué progressivement de nombre ; à la fin d'août, nous a-t-il dit, il n'en avait plus que quatre ou six par jour. Dans les premiers jours de septembre, il a pu reprendre son travail.

Nous avons revu le malade dans les premiers jours d'octobre ; les chutes en avant se produisaient toujours quand il s'inclinait, mais elles ne s'accompagnaient plus de perte de connaissance absolue : le malade n'avait plus qu'un étourdissement. Le souffle cardiaque avait disparu et ne s'est plus montré depuis.

En novembre, décembre et janvier, les mêmes phénomènes persistent ; le malade prend toujours 2 gr. de bromure par jour ; il a cessé l'usage des douches depuis le commencement de décembre, mais il en a repris trois par semaine depuis le mois de février, car les attaques avaient tendance à reparaître.

Le 23 février 1887, il est venu se faire examiner à la Pitié. Depuis quelques jours, il éprouve des nausées en prenant le bromure et demande à en suspendre l'emploi. Depuis le 1er février, sous l'influence des douches qu'il a reprises, son état s'est d'ailleurs notablement amélioré ; sa mère a constaté l'heureuse influence du traitement.

En effet, malgré son régime de vie très fatigant (coucher à 2 heures, lever à 7 heures du matin), les attaques de sommeil ne surviennent plus à tout instant comme autrefois. Le matin on est obligé de le secouer vigoureusement pour l'éveiller ; dans la journée, il fait ponctuellement sa besogne, n'a pas de distractions ni d'absences.

Mais *tous les soirs*, à 6 ou 7 heures, avant le repas qui n'a lieu

qu'à 8 heures, pendant les intervalles du service et même pendant qu'il travaille, *il s'endort subitement*, paraît-il, et malgré tous ses efforts, dans la position qu'il occupe au début de l'attaque, souvent restant debout et appuyé contre la muraille ou un meuble. Cette attaque de sommeil, qui n'est précédée d'aucun phénomène prémonitoire, dure une demi-heure environ.

Les jours de douche, il arrive souvent que l'attaque de sommeil n'a pas lieu, et dans la journée il se trouve mieux que d'habitude.

La nuit, il dort parfaitement ; son sommeil est moins lourd qu'autrefois, et bien que le réveil soit difficile, il éprouve rarement ensuite la lassitude extrême des premiers temps. L'urine ne contient toujours ni sucre, ni albumine.

Le malade continuera l'usage des douches ; le bromure est supprimé.

Le 12 mars, les attaques de sommeil du soir se produisent encore, mais sont de plus en plus rares. Maintenant, B.... peut se baisser impunément, ramasser un objet en se prosternant jusqu'à terre, le saisir même avec sa bouche sur le plancher : il ne tombe plus en narcolepsie par cette manœuvre, et n'a plus même d'étourdissement. A cette époque, nous avons constaté de nouveau l'existence d'un certain degré d'anesthésie à gauche ; le champ visuel était un peu rétréci dans le sens transversal. Pas d'autre stigmate d'hystérie.

Il a été impossible de provoquer le sommeil hypnotique soit par la fixation des yeux, soit par pression continue sur le vertex ou sur les globes oculaires, soit en faisant fixer au malade la boule brillante d'un thermomètre pendant cinq minutes au moins. L'éducation n'a pas été continuée plus loin. Continuation des douches.

Le 8 juillet, le malade est venu à la consultation parce qu'il éprouve quelques phénomènes d'embarras gastrique et que des *efflorescences dartreuses* sont apparues sur son visage. Toute attaque de sommeil a disparu depuis deux mois ; les douches sont suspendues depuis un mois.

Enfin, le 15 septembre dernier, nous avons vu le malade,

La guérison persiste ; l'état général est excellent. Il existe toujours un certain degré d'anesthésie localisée au bras gauche et à une région étendue entre le troisième espace intercostal et une ligne transversale passant par l'ombilic.

Notre intention a été simplement de présenter à la Société *un fait* qui nous a semblé intéressant lorsque nous l'avons comparé aux observations peu nombreuses encore, réunies :

1° par Gélineau qui créa le mot *narcolepsie* en 1880, et voulut faire de la narcolepsie une névrose spéciale (1).

(1) Gélineau. De la narcolepsie, 1881.

2° par M. Gilbert Ballet dont le mémoire (1) fait époque dans l'histoire de la narcolepsie, et lui assigne sa place non plus parmi les entités morbides, mais parmi les symptômes communs à plusieurs états pathologiques.

3° Par M. Landouzy, dans une clinique faite à la Charité (août 1882) et dans laquelle il montre les rapports de la narcolepsie et du diabète.

4° Par M. Barth dans sa thèse d'agrégation de 1886 sur le sommeil non-naturel.

Nous voudrions cependant présenter quelques réflexions et attirer l'attention sur quelques points qui nous ont le plus vivement frappé.

La narcolepsie, dit M. Ballet, est un symptôme qui consiste dans un irrésistible besoin de dormir, survenant d'habitude subitement, se reproduisant à intervalles quelquefois très rapprochés, et assez impérieux d'ordinaire pour que le malade succombe au sommeil presque fatalement dès que le besoin se fait sentir.

Les détails dans lesquels nous sommes entré au cours de l'observation rendent véritablement superposables les termes de cette définition et les phénomènes que présentait le malade.

Un diagnostic cependant était à faire, celui du petit mal épileptique caractérisé par la perte de connaissance momentanée sans spasme notable (Hammond) (2), forme incomplète ou larvée de Trousseau (3) et de Herpin, de Genève (4). Mais nous ferons observer que, chez notre malade, il n'y a jamais eu de pâleur du visage avant ou pendant l'attaque ; il ne pâlissait que lorsqu'on l'éveillait brusquement ; la fin de l'accès ne s'accompagnait pas d'hébétude ; jamais il n'a eu de spasme ayant un caractère épileptiforme. Le tic qu'il a présenté pendant son enfance aurait pu passer pour être assurément une manifestation larvée de l'épilepsie ; mais on sait que les tics peuvent être aussi des manifestations de l'hystérie. Nous ajouterons enfin qu'il n'a jamais eu d'accès nocturnes ; sa mère l'a surveillé, on l'a surveillé à l'hôpital : son sommeil a toujours été calme, jamais il ne s'est débattu, jamais il n'a émis involontairement d'urine ou de matières fécales pendant son sommeil ou pendant les attaques. Nous n'avons pas constaté de traces de morsures de la langue, ni de piqueté hémorrhagique sur le visage ou la poitrine.

(1) G. Ballet. Contribution à l'étude du sommeil pathologique. Revue de médecine, 1882.

(2) Hammond. Traité des maladies du système nerveux, 1879.

(3) Trousseau. Clinique médicale, t. II.

(4) Herpin. Des accès incomplets d'épilepsie. Paris, 1867.

L'épilepsie peut donc être écartée.

Le diagnostic de narcolepsie demeurant établi, il nous a paru intéressant de rechercher de quelle maladie ou de quel état général cette narcolepsie était un symptôme.

M. Ballet classe les différentes observations qu'il publie sous trois chefs principaux :

1° Congestions encéphaliques résultant d'un vice de circulation cardiaque, de troubles gastriques, de congestions hépatiques ; 2° maladies du ralentissement de la nutrition, diabète, goutte, arthritisme; 3° hystérie.

Bien que le malade ait présenté au début un souffle systolique nous n'insisterons pas sur la valeur de ce symptôme, car le souffle a disparu dans la suite : toutefois son existence coïncidant avec celle des attaques doit être prise en considération chez un jeune garçon en pleine période de croissance.

L'existence antérieure d'un tic chez notre malade, la disparition brusque de ce tic au moment où surviennent les attaques sont à rapprocher du fait signalé par M. Ballet (observ. IV), dans lequel on voyait chez une hystérique, des contractures et des accès de mutisme alterner avec des attaques de narcolepsie.

L'opération de la frotte a-t-elle été pour quelque chose dans cette mutation de symptômes ? Nous ne nous permettrons pas de l'affirmer, mais l'étude des rapports de l'hystérie et des excitations mécaniques plus ou moins traumatiques a été poussée assez loin aujourd'hui pour qu'on puisse le supposer.

Si nous rapprochons ces considérations des signes non équivoques d'hystérie constatés chez notre malade (hémianesthésie partielle, léger rétrécissement du champ visuel) ; si d'autre part nous rappelons qu'il était petit-fils d'asthmatique, et surtout fils de diabétique et frère d'hystérique, nous arriverons à nous former l'opinion suivante : que la narcolepsie dans le cas actuel est un signe d'hystérie, *de dégénérescence* au sens neuropathologique du mot. M. Ballet montrait ici même tout récemment de curieuses manifestations de ces manières d'être du système nerveux (Société clinique, séance du 24 novembre) ; et la thèse de M. Déjerine (agrég., 1886) a établi les rapports qui rattachent par hérédité un grand nombre d'états neuropathologiques aux maladies par ralentissement de la nutrition. C'est dans ces travaux que nous avons cherché l'interprétation que nous avons cru pouvoir proposer.

Reste ce phénomène curieux : la production de l'attaque s'accompagnant de brusque résolution musculaire et de précipitation. Gélineau nous montre un malade qui tombait en narcolepsie dès qu'il était assis. M. Ballet ajoute à propos de son hystérique (obs. IV) :

« Il suffit pour déterminer le sommeil de la moindre émotion, d'un mouvement brusquement provoqué, le simple fait de s'asseoir ou de s'étendre sur le lit ».

Les malades de ces observations s'endormaient ; mais les auteurs n'ont pas signalé ce caractère soudain de l'attaque provoquée ; il n'est pas dit que le malade ait été précipité violemment et tout à coup, au risque de se faire de fortes contusions, à vrai dire, comme un épileptique tombant du haut mal. Ce fait assurément mérite d'être remarqué ; il nous paraît intéressant à préciser en raison du diagnostic, difficile sans doute quelquefois, de la narcolepsie, encore peu connue, et du petit mal épileptique ; il pourrait peut-être enfin servir à appuyer une théorie mécanique ou une localisation pathogénique de la narcolepsie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *janvier* 1888.—*Présidence de* MM. SAPPEY et HÉRARD

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le Dr d'Arsonval qui se porte candidat dans la section de physique et de chimie.

M. *Hervieux* présente, à l'appui du rapport qu'il a lu dans l'une des dernières séances, un travail de M. Prengrueber, médecin à Palestro, sur la variolisation chez les indigènes d'Algérie.

DU DANGER ET DE L'INUTILITÉ DES GRANDES INTENSITÉS GALVANO-CAUSTIQUES, NOTAMMENT DANS LEURS APPLICATIONS AUX AFFECTIONS UTÉRINES. — *M. le Dr Danion* lit un travail dont voici les conclusions :

1° Les expériences nombreuses et variées faites sur les animaux démontrent que les hautes intensités galvano-caustiques chimiques déterminent des congestions souvent violentes, fréquemment suivies d'inflammation des organes intéressés.

2° Les résultats chimiques obtenus dans le traitement des affections utérines confirment, d'une manière très nette, ces effets d'électro-chimie-caustie expérimentale. Les hautes intensités peuvent dans ce cas déterminer des phénomènes inflammatoires graves dont il est impossible de prévoir l'issue.

3° Il n'existe aucune donnée physiologique, aucun résultat empirique, en un mot rien, absolument rien pouvant plaider en faveur d'une substitution des hautes intensités aux basses et moyennes intensités, lesquelles sont absolument inoffensives. D'où il naît que la méthode des hautes intensités est non seulement dangereuse mais encore absolument inutile.

4° Les hautes intensités voltaïques non caustiques paraissent inof-

fensives, cependant de nouvelles expériences sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.

DES LÉSIONS OCULAIRES DE LA LÈPRE TUBERCULEUSE. — *M. Poncet*, professeur au Val-de-Grâce, a étudié avec soin deux yeux entiers de lépreux qu'il avait reçus de Constantinople. M. Zambacò lui a envoyé, en outre, deux aquarelles représentant diverses lésions oculaires; enfin, il a pu observer lui-même un grand nombre de cas de lèpre à Mexico. Il distingue trois formes de lèpre : 1° la forme léonine ou tuberculeuse ; 2° la forme antonine, ou nerveuse, ou mutilante ; 3° la forme lazarine, ou tachetée, ou ulcéreuse. Il décrit ici les lésions de la lèpre tuberculeuse.

Dans les paupières, les bacilles de la lèpre abandonnent rapidement l'épiderme pour envahir les parties profondes. Sur la face muqueuse de même, l'épithélium est respecté, même sur les yeux les plus malades. La cornée est envahie de la périphérie au centre ; les deux membranes de Bowman et de Descemet ne contiennent pas de microbes. Dans l'épaisseur de la cornée, au contraire, l'accumulation des microbes peut former de véritables abcès. Les microbes pénètrent dans le fond de l'œil par la zone du cercle péricornéen ; c'est par ce point que le parasite gagne l'iris, les procès ciliaires, et il se fait de plus en plus rare en allant vers le nerf optique.

Sur les deux globes oculaires qui ont été adressés à M. Poncet, l'examen des lésions montre que les bacilles marchent de l'extérieur à la profondeur, de la cornée à l'iris, de l'iris aux procès, des procès à la choroïde, le fond du globe restant sain quand les parties extérieures sont déjà rongées par les bacilles.

Il semblerait donc que le parasite de la lèpre, dans la forme tuberculeuse, se cantonne dans le tissu conjonctif, cellules et bourses, après avoir traversé l'épithélium cutané, qu'il ne pénètre que lentement dans les tissus spéciaux, en respectant les éléments épithéliaux glandulaires, sans prendre la voie vasculaire ni nerveuse. Il forme au début une lésion limitée superficielle, et le tubercule pourrait ne pas être le signe d'une affection déjà généralisée. Cette vue serait d'une importance capitale pour la thérapeutique.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (1re division).

La Commission présentait les candidats dans l'ordre suivant :

En 1re ligne : M. le professeur Magnus Huss, de Stockholm ; en 2e ligne : M. le professeur Botkin, de Saint-Pétersbourg ; en 3e ligne : M. le professeur Vanlair, de Liège.

Pour la première place, sur 55 votants, majorité 28, M. Magnus Huss est élu par 50 voix, contre 5 données à M. Botkin.

Pour la seconde place, sur 54 votants, majorité 28, M. Botkin est élu par 53 voix, contre 1 donnée à M. Vaslain.

De l'antipyrine contre le mal de mer. — M. le Dr *Ossian Bonnet* (de Rio-Janeiro), a étudié l'antipyrine dans un grand nombre de cas de mal de mer pendant une traversée d'Amérique en France et de France en Amérique. Il étudie la pathogénie et les symptômes du mal de mer; il l'attribue à un embarras gastrique préexistant et aux excès qui ont eu lieu pendant les jours qui ont précédé le départ.

Comme traitement, il donne l'antipyrine dès le commencement du voyage, à la dose de 2 grammes par la bouche; dans les cas où il est nécessaire d'agir très rapidement, il donne l'antipyrine en injections hypodermiques. Ce traitement lui a réussi dans tous les cas.

M. *Chatin* a fait de très courtes traversées en voyant tout l'équipage malade. Il propose la nomination d'une commission chargée d'étudier cette question du mal de mer.

M. *Le Roy de Méricourt* n'est pas d'accord avec M. Ossian Bonnet sur la théorie de la pathogénie du mal de mer. Le mal de mer est extrêmement variable comme forme et comme intensité. Lui-même, après huit ans de mer, avait encore parfois le mal de mer et il ne trouve rien d'aussi pénible que le rôle du médecin obligé de soigner dans ce cas des malades, alors qu'il éprouve les mêmes symptômes qu'eux. Le mal de mer peut dépendre de diverses conditions; souvent, par exemple, il change avec la forme et l'allure du navire.

Au point de vue de l'antipyrine, il y a des malades qui ne supportent pas du tout ce médicament; il ne faut donc pas le généraliser trop vite.

M. *Javal* offre une disposition extrême au mal de mer; il l'éprouve même sur les pontons des bateaux mouches à Paris; pendant une traversée en Algérie, il a pris du chloral qui lui a donné les résultats les plus satisfaisants.

M. *Rochard* confirme ce qu'a dit M. Le Roy de Méricourt au sujet de la pathogénie du mal de mer; il ne croit pas du tout qu'il provienne d'un embarras gastrique. Cependant, la dyspepsie favorise l'apparition du mal de mer.

M. Rochard s'est servi avec succès des alcooliques et des onctions de belladone.

M. *Javal* croit que la position verticale est parfois indispensable pour éviter le mal de mer. Il a vu des malades être pris dès qu'ils inclinaient la tête en avant, par exemple pour entrer dans leur lit.

Étude de la variation des échanges respiratoires chez les animaux avec la ventilation pulmonaire et sous l'influence du som-

veu. — M. *Hanriot* lit en son nom et au nom de M. *Ch. Richet* un travail sur ce sujet.

A 4 heures trois quarts, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF, par *L. Baumel*, agrégé. (In-8°, 410 pages, 1888, Montpellier, C. Coulet, et Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.)

Les leçons que le Dr Baumel livre aujourd'hui au public médical, « à l'étudiant et au praticien auxquels il s'adresse plus spécialement », ont été faites à la Faculté de Montpellier en 1884. Quelques notes additionnelles mises au bas des pages sont destinées à tenir ces leçons au courant de la science en indiquant des points nouveaux mis en lumière par les nombreux travaux publiés sur ce sujet depuis cette époque.

Le Dr Baumel étudie successivement : I. Les maladies de la bouche : stomatite simple, stomatite ulcéreuse, aphtes, stomatite ulcéro-membraneuse, stomatite toxique, stomatite mercurielle, gangrène de la bouche, noma, muguet (stomatite crémeuse). — II. Les maladies de l'isthme du gosier et du pharynx ; angines en général, angine gutturo-pharyngée aiguë simple, angine phlegmoneuse, angine gutturo-pharyngée chronique, angine granuleuse ou glanduleuse, angine diphthérique et paralysies diphthériques. — III. Maladies de l'œsophage ; œsophagite, œsophagisme, cancer. — IV. Maladies de l'estomac : embarras gastrique, gastrite aiguë, gastrite chronique, ramollissement de l'estomac, autodigestion, ulcère simple, cancer, dilatation, vomissements, hématémèse, gastralgie, dyspepsie gastrique, indigestion. — V. Maladies de l'intestin ; entérite aiguë, chronique, duodénite, ictère, diabète, colite, typhlite, dysenterie, cancer, occlusion, hémorrhoïdes.

Les leçons consacrées à l'étude de ces diverses affections sont précédées d'une sorte de leçon d'introduction, première leçon où le Dr Baumel nous montre les nombreuses relations de la pathologie et de la clinique, la pathologie n'étant en quelque sorte que la quintessence de la clinique ; puis après avoir jeté un coup d'œil sur la pathologie digestive en général, il aborde la question de doctrine. « En médecine comme en bien des choses, dit-il, les hommes se séparent en deux camps, ceux qui croient et ceux qui doutent. » Et le Dr Baumel est de ceux qui pensent que « sans qu'il soit nécessaire d'avoir une foi aveugle, il n'est pas non plus besoin d'un scepticisme

à toute épreuve. » Aussi le Dr Baumel arbore-t-il franchement le drapeau du vitalisme. « Cette doctrine de Barthez qui n'est autre que l'hippocratisme ancien, tradition séculaire sur laquelle repose les progrès de la médecine moderne », et qui a été défendue à l'école de Montpellier par les hommes du plus grand mérite.

Dr E. Deschamps.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 16 au 21 janvier 1888.

Lundi 16. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Ollivier, A. Robin. — 3e examen, doctorat oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Budin, Kirmisson.

Mardi 17. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Polaillon, Maygrier. — 4e examen, doctorat : MM. Jaccoud, Proust, Joffroy. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Richet, Tarnier, Peyrot. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Quenu.

Mercredi 18. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Marc Sée, Joffroy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Trélat, Segond, Ribemont-Dessaignes. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Budin, Delens, Reclus.

Jeudi 19. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Quenu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Peyrot, Brun.

Vendredi 20. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Remy, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 1er examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Regnauld, Guébhard, Villejean.

Samedi 21. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Campenon.

Thèses pour le doctorat. — *Mardi* 17, à 1 heure. — M. Léonardi : Pathogénie nerveuse des varices chez les femmes enceintes. *Président* : M. Peter. — M. Delmrse : De la mydriase dans quelques affections encéphaliques et cérébro-spinales. *Président* : M. Panas.

Jeudi 19, à 1 heure. — M. Hontang : Suette miliaire. *Président* : M. Brouardel. — M. Polguère : Infections secondaires. *Président* : M. Cornil.

Vendredi 20, à 1 heure. — M. Guillet : Tumeurs malignes du rein. *Président* : M. Guyon. — M. Gauillard : Contribution à l'étude du phimosis et au traitement de quelques lésions sous-préputiales. *Président* : M. Fournier.

Samedi 21, à 1 heure. — M. DUMONT : Étude sur les bactéries des eaux minérales de Bohême. *Président* : M. Proust. — M. DE VERNÉJOUL : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la pleurésie purulente chez les enfants.

NÉCROLOGIE

Le Dr SAVORNIN père, de Paris, reçu en 1829.

Le Dr J.-L. RATTIER, de Montauban, reçu en 1840.

Le Dr BAUDRY, professeur à l'école de médecine de Montréal (Canada), décédé à l'âge de 36 ans.

Le Dr LOCQUIN, de Dijon, reçu en 1873.

NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.— Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. les Drs Gasne, Gueit-Dessus, Malterre, Laboulbène, G. Bouchardat, Mangenot, (de Paris); Bryon (de Ligny en-Barrois), Gobert (de Campet-et-la-Molère), Delabost (de Rouen), Padieu (d'Amiens), Rollet (de Lyon), Spillmann (de Nancy), Trastour (de Nantes), Thouvenet (de Limoges) et Védoine (de Versailles).

Officiers d'académie. — MM. les Drs Benoît, du Martouret, Denouh, Filiatreau, Goureau, Laurand, Marcet, Suss, Gages, Bonnet, Ribemont-Dessaignes, Landouzy, Quinqueton, Piogey, Villejean, (de Paris); Tripier, Fochier, Icard (de Lyon), Rohmer (de Nancy), Leloir, Lambling (de Lille), Bernard (d'Amiens), Ledouble (de Tours), Lhuissier (de Rennes), Charpy (de Toulouse), Deroye (de Dijeon), Donnezan (de Perpignan), Lefour, Pérx (de Bordeaux), Rey (d'Alger), Laget (de Marseille), Fabreguette (de St-Chamond), Morel (de Campagne-lès-Hesdin), Tournatoire (de Pertuis), Speckhahn (de Reuwez), Pagnier (de Noisy-le-Grand), Mauny (de Mortagne), Lemoine (de Granville), Lapeyre (de Savigny-sur-Braye), Lalesque (d'Arcachon), Hugonneau (de Saint-Mathieu), Guyochin (de Nitry-Nory), Gauthier (de Charolles), Durand (d'Arcueil); Duhoureau (de Cauterets), Couyba (de Ste-Livrade), Colard (d'Ornans), Cohadon (de Vichy), Clochepin (de Beauvais), Billot (de Corrèze), Bertheau (de Pouancé), Aillaud (de La Ciotat), Bouthet des Gennetières (de Tonnay-Charente), Danjou (de (Boulogne-sur-Seine), Porcher (de Chablis), Prengrueber (de Palestro), Belleau, Nogier, Pascal et Villedary, médecins militaires.

— La décoration du Mérite agricole a été conférée à MM. les Drs Ferry de la Bellone (d'Apt) et Gaucher (d'Aïn-Témouchent).

ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — *Conseil de surveillance.* — Par décret en date du 27 décembre 1887 : M. le Dr Chautemps, Conseiller municipal de Paris, est nommé membre du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris, en remplacement de M. le Dr Robinet, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. Perrens, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de 1re classe, est nommé professeur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

MAIRE MÉDECIN. — Par décret en date du 7 novembre 1887, M. le docteur Macqret (Hercule-François-Gaston) est nommé adjoint au maire du 14e arrondissement municipal de Paris.

CADEAUX PRINCIERS. — Le prince impérial a envoyé aux médecins qui l'ont soigné des présents à l'occasion du jour de l'an. Sir Morell-Mackenzie a reçu une trousse de chirurgien; le Dr Krause, un diamant monté en épingle; le Dr Schrœder deux vases du Japon; le Dr Bergmann vingt-quatre couverts en argent, et le Dr Schmidt un encrier en or.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS. — La Société tiendra désormais ses séances au Palais des Sociétés savantes, 14, rue des Poitevins. Les séances ont lieu à 3 heures 1/2, le deuxième jeudi de chaque mois. La prochaine séance de l'année 1888 aura lieu le jeudi 12 janvier.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 12 janvier, à 8 heures 1/2, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour, — 1° M. L. Galliard : Hyperthermie éphémère (42°1) au début d'une pneumonie franche. Défervescence le 11e jour; le 15e jour, phlegmatia alba dolens. Guérison.

2° Communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège, par le docteur N. CHARLES, professeur d'accouchements et chirurgien-directeur de la Maternité. — 2 vol. gr. in-8° avec 285 figures, 15 fr.

De l'albuminurie intermittente cystique ou maladie de Pavy, par le Dr MERLEY, ex-interne des hôpitaux de Saint-Etienne. — Paris, 1887, gr. in-8°, 120 figures, 2 fr. 50.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, contribution l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par Alice SOLLIER, née Mathieu Dubois. — Un volume in-8° de 180 pages, avec 32 figures. Prix 4 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 6 SAMEDI 14 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

35e Année. — Tome I. N° 6 Samedi 14 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Hôpital de la Charité. — M. le Dr Segond, suppl. le Pr Trélat.

—

I. — Tumeur enkystée du cordon. — II. Amputation sus-malléolaire. — III. Traitement des polypes fibreux de l'utérus.

I. — Messieurs, je vais d'abord vous présenter une pièce intéressante.

Elle a été enlevée sur un homme de 50 ans, dans les conditions suivantes :

Je fus appelé une première fois à voir ce malade, qui présentait des symptômes de hernie inguinale droite étranglée : il avait été pratiqué sur la tumeur un taxis féroce. Je fis, après examen, le diagnostic de kyste suppuré du cordon, diagnostic qui fut confirmé par l'opération. La ponction donna issue à un verre de pus, et il y eut guérison.

Ce qui avait guidé mon diagnostic, c'était l'existence, du côté opposé, d'une tumeur présentant toute l'apparence d'un kyste du cordon : tumeur facilement explorable, non douloureuse, sans expansion sous l'influence de la toux, se réduisant en masse par la pression dans le canal inguinal, et entraînant avec elle le testicule.

Guéri de la tumeur du côté *droit*, le malade, qui avait passé trois mois à la campagne, revint à Paris. J'eus alors l'occasion d'examiner à nouveau la tumeur qui siégeait à gauche, et dont les caractères avaient changé. En la prenant dans la main et faisant tousser le malade, il *me semblait* sentir un mouvement d'expansion. En définitive, je me demandais si je n'avais pas affaire à une hernie.

Je fis comprendre au malade mes hésitations et la nécessité d'une opération qui me fixerait sur son état.

L'opération me donna les renseignements suivants :

Il y avait bien une tumeur du cordon, mais cette tumeur était un sac d'ancienne hernie doublée d'une épaisseur considérable de graisse : et ce qui expliquait le mouvement d'expansion que j'avais

senti, c'est que la tumeur présentait en son centre un petit canal dans lequel pénétrait un peu d'épiploon lorsqu'on faisait tousser le malade. Je fis bénéficier le patient d'une cure radicale de hernie, et c'est cette tumeur que je fais passer sous vos yeux.

II. — Le malade que nous allons opérer maintenant a été traité en 1884 par M. Th. Anger, qui lui a fait la désarticulation sous-astragalienne pour un sarcome des os du pied.

Le moignon présente un aspect très satisfaisant.

Mais ce qui l'est moins, c'est qu'au bout de très peu de temps il devint le siège de douleurs intolérables.

Le malade ne peut absolument pas appuyer le pied soit à terre, soit sur un appareil, et si l'on touche un point quelconque de la plante du pied, on développe une douleur très vive. Il s'agit certainement là de *névrome*. Peut-être dans l'opération n'a-t-on pas réséqué le nerf? C'est ce que j'ignore.

Dans tous les cas, il me semble que l'indication formelle ici est de faire à ce malade l'amputation sus-malléolaire par le procédé de Guyon. (Incision elliptique très oblique). Je crois qu'il y a intérêt en effet à laisser la plus grande longueur possible du membre : le malade a ainsi un levier beaucoup plus puissant à faire agir sur les appareils prothétiques. On a affirmé que plus on ampute bas, moins l'opération est grave. Mais je n'attache pas grande importance à cette conclusion tirée du rapprochement de statistiques disparates. L'amputation sus-malléolaire n'est pas plus grave que l'intra-malléolaire. Farabeuf, dont la compétence dans ces questions est indiscutable, estime que quand on doit faire la suppression du pied, il vaut mieux remplacer la désarticulation tibio-tarsienne par l'amputation sus-malléolaire, qui permet de ne pas *chicher* sur le lambeau. Je n'ai pas à entrer ici dans le détail de l'opération, qui est décrite partout.

III. — La malade dont je vais vous parler maintenant nous occupera un peu plus longtemps. Elle est atteinte d'un polype fibreux intra-utérin.

Le 3 septembre, je l'ai opérée d'un fibrome de la grosseur d'une petite pêche. Après l'opération, je m'étais bien assuré qu'il ne restait rien dans la cavité utérine. Mais l'utérus restait gros ; le fond était très épais.

Il y a trois jours, à mon grand étonnement, je l'ai trouvée en l'examinant dans le même état que la veille de l'opération. Elle est donc accouchée d'un nouveau polype interstitiel dont il s'agit de la débarrasser actuellement.

Mon intention est de me limiter aujourd'hui à vous parler du traitement des fibromes par la méthode sanglante.

Les fibromes utérins peuvent occuper, vous le savez, trois situations. Ils peuvent être : 1° sous-muqueux ; 2° interstitiels ; 3° sous-péritonéaux.

Les deux derniers, lorsqu'ils réclament le secours du chirurgien, donnent lieu à des opérations très graves. Mais je ne vous en parlerai pas aujourd'hui, me limitant aux *fibromes sous-muqueux* ou polypes fibreux utérins.

Ces polypes se présentent à nous sous deux formes : ou bien, ils sont nettement pédiculés, ou bien ils sont *en sablier*, moitié dans l'utérus, moitié dans le vagin. Mais quoi qu'il en soit, ils ont toujours un pédicule, et sont faciles à enlever ; les ablations n'entraînent pas une opération grave.

Je vous rappelle en passant que trois erreurs de diagnostic sont possibles en pareil cas. Il faut distinguer le polype : 1° de l'allongement hypertrophique du col ; 2° de l'inversion de l'utérus ; 3° des polypes creux de l'utérus.

Une quatrième erreur qui paraît incroyable mais qui est possible, puisqu'elle a été faite par de grands chirurgiens, c'est de prendre le polype pour la tête d'un fœtus. Un malheur semblable est arrivé à Fergusson, qui a appliqué le forceps sur un polype et arraché l'utérus.

Le moyen d'établir ces divers diagnostics m'entraînerait trop loin ; je me borne à la question que je veux traiter devant vous et qui est celle du *traitement*.

Les *indications* de l'intervention opératoire sont bien simples. Toutes les fois qu'on est en présence d'un polype, il faut opérer. Ne comptez pas sur l'accouchement spontané qui a sans doute été observé, mais exceptionnellement, car cette expectative serait probablement suivie de la mort par septicémie.

Quant aux *contre-indications*, elles sont au nombre de deux : 1° Le polype est absolument inclus dans la cavité utérine, et le col est intact. Dans ce cas, il faut patienter et attendre que les progrès de l'affection aient effacé le col pour intervenir ; 2° La malade est en état de grossesse. Pour moi, quelles qu'aient été les opinions contradictoires émises à ce sujet, je suis partisan en pareil cas de l'abstention.

Comment procédera-t-on à l'opération ?

Bien entendu, il faudra recourir aux règles d'une antisepsie absolue.

Ceci fait, deux cas se présenteront :

1° Le polype est dans l'utérus : le col est effacé, mais non complètement dilaté.

Fendez le col sur les deux parties latérales avec une paire de

ciseaux et ouvrez ce col. Après l'ablation du polype, vous ferez la suture et la réparation de votre débridement.

2° Le polype est entre les lèvres dilatées du col. Ici, vous pouvez procéder d'emblée à l'opération. Abaissez l'utérus, dont vous ferez soutenir le fond par un aide : mais pour procéder à cet abaissement, amarrez toujours vos moyens de traction sur le col, et jamais sur le fibrome. Si vous employez ce dernier procédé, préconisé cependant par divers auteurs, vous risquez de provoquer une inversion utérine, et quand alors il s'agira de sectionner le pédicule, vous serez grandement exposés à couper le fond de l'utérus et à ouvrir le péritoine.

Ceci fait, introduisez les doigts dans le fond de la matrice, déterminez soigneusement le point d'implantation du fibrome, et coupez le pédicule avec des ciseaux courbes.

Si cette manœuvre n'est pas possible par suite du volume du fibrome, servez-vous des divers écraseurs et serre-nœuds que renferme l'arsenal chirurgical. L'écraseur de Chassaignac me paraît le plus pratique, à condition de choisir un modèle léger, délicat, et non un de ces instruments volumineux que l'on nous présente trop souvent.

La chaîne de l'écraseur peut être passée au-dessus du pédicule au moyen de divers artifices.

Le plus souvent, il suffit de se servir de ses doigts. Il n'y a pas un grand inconvénient à ce que la chaîne soit placée trop bas : car si l'on a laissé une très petite portion du pédicule, elle s'élimine d'elle-même ; si au contraire on en a laissé une plus grande portion, il est facile de la sentir et de l'abraser avec des ciseaux.

Signalons certaines difficultés qui peuvent venir gêner notre action. Dans quelques cas, le polype remplit absolument le vagin, et il est impossible de faire pénétrer aucun instrument. Il s'agit alors d'entailler, de morceler ces tumeurs. Divers procédés ont été préconisés. M. Collin vient de construire, sur mes indications, une espèce de céphalotribe que je compte vous présenter prochainement. Avec cet instrument on pourra réduire le volume du polype, et une fois que les instruments et les doigs pourront passer, on agira comme précédemment.

L. Greffier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance générale annuelle du 11 *janvier* 1888.

Après le discours de M. le président et le compte rendu des travaux de l'année par le secrétaire annuel, M. Chauvel, le secrétaire général lit une notice sur la vie et les travaux de Gosselin.

Le président proclame ensuite les lauréats de la Société de chirurgie.

Prix Duval : partagé entre MM. Villar (Tumeurs de l'ombilic) et Métaxas (Autoplasties secondaires).

Prix Laborie : la Société ne décerne pas de prix. Elle partage la somme allouée à titre d'encouragement entre : 1° M. Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail : La guerre au Tonkin et à Formose ; 2° M. Fournier, pour son mémoire sur le traitement chirurgical des gastrophies de la vessie ; 3° M. A.-H. Petit, pour son travail sur les tumeurs gazeuses du cou ou aerocèles.

Prix Demarquay : le prix est partagé entre M. Demary, interne des hôpitaux, et M. Ménard (de Paris), auteurs des mémoires 5 et 7 sur la pathogénie et le traitement des kystes hydatiques du foie.

Prix Gerdy : M. Barraud, interne des hôpitaux, auteur d'un mémoire sur les hernies adhérentes au sac (accidents et thérapeutique).

Prix à décerner en 1888 :

Prix Duval.

Prix Laborie.

Prix à décerner en 1889 :

Prix Duval.

Prix Laborie.

Prix Gerdy. Le sujet sera ultérieurement désigné.

Prix Demarquay : Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux ?

P. BAZY.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI° ARRONDISSEMENT

Séance du 28 novembre 1887. — Présidence de M. REUSS.

Après la lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté, il est procédé au dépouillement de la correspondance qui comprend une lettre du D[r] Veilleau et la thèse du D[r] Verchère.

Le président donne ensuite la parole au D[r] Schwartz, chargé de faire un rapport sur les intéressants travaux que le D[r] Verchère a présentés à la Société à l'appui de sa candidature. A la suite des conclusions favorables du rapporteur, M. Verchère est admis membre de la Société médicale du VI° arrondissement à l'unanimité des membres présents.

Le D[r] *Porak*, à propos de l'emploi de l'iodoforme, objecte que les Allemands ont fait une charge à fond de train sur ces injections et demande à M. Schwartz, qui s'en déclare très partisan, si elles ne peuvent donner et n'ont point donné lieu entre ses mains à des phéno-

mènes d'intoxication. Pour son compte il déclare n'en avoir jamais observé dans les cas où il a fait usage de l'iodoforme. Ainsi, chez des femmes en couches atteintes de lochies fétides avec élévation considérable de la température, il a employé avec succès des suppositoires faites parties égales de beurre de cacao et d'iodoforme qui ont toujours donné des résultats très favorables même avec des débris de caduque et là où les injections intra-utérines de salol et d'iodol et de tant d'autres produits étaient restées impuissantes.

M. *Schwartz*, qui a à son actif plus de cent cas, n'a jamais constaté d'intoxication et toujours il a obtenu des résultats excellents.

M. *Valude* a vu également employer l'iodoforme avec succès dans le service du professeur Verneuil, et cite entre autres observations celle d'une vieille femme atteinte d'un abcès énorme des reins par congestion, s'étendant jusque dans le haut de la cuisse, dans lequel on pratiqua des injections d'iodoforme qui déterminèrent une guérison assez rapide alors qu'on s'attendait à une mort prochaine. M. Valude pense donc comme MM. Porak et Schwartz que, quoique au point de vue expérimental il n'empêche pas la production des bactéries dans les cultures bactériennes, l'iodoforme doit être néanmoins considéré comme un puissant antiseptique.

M. *Dauchez* s'est, lui aussi, servi de l'iodoforme dans certaines affections utérines. Pour lui ce corps ne détermine pas des contractions utérines comme en produisent, souvent compliquées d'hémorrhagies, l'acide salicylique, l'acide phénique, le naphtol, les bâtonnets de Beckrel.

M. *Philbert* appelle l'attention sur les pansements au bismuth au point de vue de l'intoxication possible par les médicaments. Il cite deux cas d'intoxication, signalés l'un par le médecin suédois Paterson, l'autre par un interne de M. Empis.

M. *Schwartz* a mis à contribution le sous-nitrate de bismuth dans un cas de trachéotomie, après avoir essayé de l'iodoforme; il n'eut pas de complication, et recommande de faire avec le bismuth des pansements occlusifs au collodion.

M. *Valude* n'a jamais constaté d'accidents et pense que les cas d'intoxication rapportés par M. Philbert ne se sont produits que parce qu'on avait employé du bismuth uni à un sel arsénical.

M. *Dauchez* signale des accidents graves qu'il a constatés chez un de ses malades à la suite d'une injection de sulfate d'atropine au 200e et relève l'erreur commise dans le formulaire de Bouchardat où cette solution est formulée dix fois plus concentrée.

M. *Machelard* fait observer combien il est important de prendre note de l'observation de M. Dauchez quand on songe au cas de mort

survenu à un de nos confrères à la suite d'une injection au sulfate d'atropine.

M. *Schwartz* signale un cas particulier de hernie étranglée chez un vieillard de 74 ans qu'il réduisit sans opération après cinquante-deux heures d'existence.

La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire annuel,
Dr DE ROQUETAILLADE.

VARIÉTÉS

Do vitam.

Ce procès devrait se raconter à la quatrième page du journal. Il s'agit, en effet, d'un système qui, suivant l'inventeur, mettrait fin à l'un des maux, le plus grand peut-être, qui désolent l'humanité. La statistique démontre qu'il y a, rien qu'en France, plus de 2 millions de femmes stériles.

N'y a-t-il donc pas de remède à cette cause menaçante de décroissement de la population. On a beaucoup parlé, il y a quelque temps, d'un système dont l'application a été critiquée et flétrie comme immorale et dangereuse. On se rappelle même peut-être, à ce sujet, certaine thèse hardie qui fut refusée par l'École de médecine de Paris.

Pareille mésaventure ne pouvait arriver à M. Billebault du Chaffaut, l'inventeur qui nous occupe, car il s'est contenté de prendre un brevet pour son appareil le « fécondateur naturel, scientifique et automatique. »

Il est vrai que ce n'est qu'un brevet s. g. d. g., comme tous les autres, et, dans une brochure qui porte pour épigraphe : *Do vitam*, il s'empresse de déclarer : « qu'il est d'accord avec la religion, la morale et la loi ». Son invention, ajoute-t-il, « ouvre une voie nouvelle à la callipédie », et « ni l'âge mûr des conjoints ni leur apparente incapacité ne sont un empêchement dans la nouvelle méthode. »

Une pareille découverte demandait à être répandue et exploitée. Aussi, le 26 août dernier, une société civile en participation était-elle fondée entre l'inventeur, M. Billebault du Chaffaut, et MM. Clostre et Schwob, en qualité de commanditaires.

On louait un vaste appartement dans le centre de Paris ; on le meublait avec luxe, et l'on s'entendait avec un médecin qui devait opérer sous sa responsabilité.

En même temps était publiée la fameuse brochure qui portait sur

sa couverture, comme une promesse, les mots : *Do vitam;* et des époux, chaque jour plus nombreux, franchissaient le seuil de ces salons, où l'espoir leur était rendu.

Mais l'harmonie parfaite qu'on rêvait pour l'humanité devait également rester un rêve pour les divers associés, et, les difficultés s'aggravant, force fut de s'adresser à la justice.

Un procès est actuellement pendant devant le tribunal de commerce.

En attendant sa solution, M. Billebault du Chaffaut, soucieux du sort de son invention, est venu, en référé, demander la nomination d'un séquestre pour veiller à la conservation du brevet, des appareils, de la correspondance et de la comptabilité.

M. le Dr Depoux qui, sous le nom de Dr Stellow, donnait les consultations, s'y est opposé en invoquant le secret professionnel, en ce qui concernait au moins la correspondance.

MM. Clostre et Schwob, les commanditaires de l'entreprise, se sont joints à lui pour repousser la nomination d'un séquestre.

Le juge des référés a nommé M. Hue séquestre, mais avec une réserve relative à la correspondance : M. Hue devra remettre les lettres à M. le Dr Le Paulmier, commis à cet effet, lequel en prendra connaissance, et, après avoir répondu aux clients, s'il le juge convenable, les rendra cachetées au séquestre en attendant que celui-ci les restitue à qui de droit.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le conseil général des Facultés vient de voter le maintien, sous le même titre, de la chaire qu'occupait le regretté professeur Vulpian.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, la chaire de pathologie comparée et expérimentale de la faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a nommé la commission chargée d'arrêter le programme de concours pour le prix de 50,000 francs fondé par le gouvernement en vue d'arriver à déterminer, par un procédé sûr et usuel, la présence dans les liquides alcooliques de substances ou alcools autre que l'alcool éthylique :

Cette commission de douze membres est composée de : MM. Becquerel, Berthelot, Bouchard, Debray, Dehérain, Frémy, Friedel, Mascart, Pasteur, Péligot, Schlœsing et Troost.

Hôpitaux de Paris. — M. Marchant, chirurgien des hôpitaux, qui devait passer de Saint-Antoine à Lariboisière, en remplacement de

M. Benjamin Anger, conserve son service de Saint-Antoine. M. Peyrot, auquel ce dernier service était échu, passe, en conséquence, à Lariboisière.

— *Transformation du concours de la médaille d'or de l'internat.* — A la dernière séance de samedi dernier, la commission de revision du règlement sur le service de santé dans les hôpitaux de la ville de Paris a adopté les conclusions de M. Horteloup relativement aux modifications à introduire dans le concours de la médaille d'or.

Voici quelles sont les modifications apportées :

Dorénavant, il y aura deux médailles d'or, une pour la médecine, une pour la chirurgie et les accouchements. Il y aura également deux médailles d'argent pour les deux candidats classés après le premier. Les médailles d'or auront une année d'internat supplémentaire.

Les lauréats continueront à avoir les bourses de voyage. Il avait été question de les donner à des médecins ou chirurgiens du bureau central, mais cette proposition a été rejetée, et à juste titre, parce que l'on a pensé que les jeunes médecins ou chirurgiens du bureau central ayant généralement une clientèle, la bourse de voyage serait pour eux un inconvénient bien plutôt qu'un avantage.

Seuls les internes de la quatrième année pourront concourir.

Chaque jury sera composé de cinq juges. Quatre médecins et un chirurgien pour la médaille de médecine. Trois chirurgiens, un accoucheur et un médecin pour la médaille de chirurgie et accouchement.

Sur la proposition de M. Grancher, la commission a adopté un amendement d'après lequel le lauréat pourra continuer à choisir le service qu'il voudra pour son année supplémentaire, mais l'interne ou les internes désignés déjà pour le service choisi resteront dans ce service qui aura de la sorte un interne de plus.

Quant aux épreuves, elles consisteront en :

1° Un mémoire coté 30 points, comme par le passé, et qui serait la première épreuve du concours.

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne ou externe suivant la nature du concours (un quart d'heure d'exposition), 20 points ont été accordés pour cette épreuve.

3° Epreuve écrite d'anatomie, de physiologie et de pathologie interne ou externe, suivant le concours.

Trois heures sont accordées pour cette composition qui est cotée 20 points.

Ces mesures devront être ratifiées par le conseil de surveillance et le préfet de la Seine.

Maladie des porcs. — Une maladie terrible sévit en ce moment-ci sur la race porcine. On assure au *Petit Marseillais* que, dans moins d'un mois, plus de 30,000 porcs sont morts dans l'arrondissement de Marseille de cette épidémie qui vient de ruiner de nombreux éleveurs. On signale un propriétaire, près de Marseille, qui a subi des pertes s'élevant à 16,000 francs.

M. le Dr Cornil, sénateur, est allé à Marseille, dans le but d'étudier cette maladie qui prend des proportions effrayantes.

— Dans un dîner, un convive raconte un souvenir sur Claude Bernard. L'illustre physiologiste reprochait souvent à son ami Balard, le célèbre chimiste, l'habitude qu'avait ce dernier de prendre fréquemment de petits verres d'alcool pendant le repas, sous prétexte de favoriser sa digestion.

— Je vais te démontrer quelle est l'action de l'alcool sur l'estomac, lui dit un jour Claude Bernard. Voici l'expérience que j'ai pratiquée. Après avoir fait absorber à des chiens diverses substances alimentaires, je leur ai fait ensuite avaler de l'alcool. Eh bien, leur ayant ouvert l'estomac quelques heures après, j'ai constaté que ces substances avaient subi un notable arrêt dans leur digestion et que plusieurs même d'entre elles n'avaient pas été attaquées par le suc gastrique. Qu'est-ce que tu en conclus ?

— J'en conclus, dit gravement Balard, que l'alcool n'est pas fait pour les chiens. (*Courrier méd.*)

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — M. Léon Collin donne lecture du rapport ci-après :

« Monsieur le Préfet, par lettre en date du 26 décembre dernier, vous avez bien voulu me demander un rapport spécial sur une épidémie de fièvre typhoïde qui aurait éclaté récemment à la caserne Dupleix et aurait gagné les rues avoisinantes.

« La garnison de Paris, récemment accrue du contingent de la classe 1886, s'est trouvée ainsi, du fait seul de l'arrivée d'un certain nombre de jeunes gens non acclimatés, en des conditions toutes spéciales de réceptivité à l'endémie typhoïde qui règne en permanence dans la capitale.

« L'affection s'est, en effet, plus particulièrement attaquée à la population militaire du quartier Dupleix, où, depuis le commencement de ce mois surtout, elle a pris une fréquence réellement épidémique sur l'un des deux régiments résidant en ce quartier.

« C'est en raison de cette fréquence que j'ai demandé l'évacuation de cette caserne par le régiment atteint, évacuation qui a été prescrite par l'autorité militaire dès le mercredi 21 décembre, et mise à exécution dans les quarante-huit heures.

« Cette mesure permettra de désinfecter, aussi rigoureusement que possible, les locaux contaminés.

« Il me serait bien difficile de préciser les rapports qui peuvent exister entre l'atteinte des militaires de la caserne Dupleix et celle de la population civile avoisinante ; j'incline néanmoins à croire qu'il y a eu plutôt parallélisme de ces atteintes que rapport entr'elles de cause à effet.

« Cette région de Paris, en effet, est l'une des moins salubres de la ville ; située en aval, au voisinage du fleuve, d'une assez faible altitude pour que le sol subisse jusqu'à sa surface les oscillations de la nappe d'eau souterraine, elle est en outre, cette année, exposée aux inconvénients de la proximité des travaux de remuement du sol en cours d'exécution sur la vaste surface du Champ-de-Mars.

« En semblables conditions, est-on bien fondé à croire que c'est au

quartier Dupleix que l'épidémie a pris naissance pour de là gagner les rues avoisinantes? Il semble plutôt que des influences typhoïgènes communes ont simultanément agi sur l'ensemble des habitants, soit civils, soit militaires, frappant naturellement surtout, comme le fait d'habitude la fièvre typhoïde, les jeunes gens qui, nouvellement arrivés à Paris, présentent, comme les recrues, par leur âge et leur non-acclimatement à la capitale, les conditions d'aptitude les plus favorables au développement de cette affection.

« J'estime donc que le quartier Dupleix n'est pas la source de l'épidémie pour la population civile qui l'entoure, d'autant que les rues et les immeubles qui bordent ce quartier paraissent laisser singulièrement à désirer au point de vue de l'hygiène; d'autant surtout que, d'après les comptes rendus hebdomadaires de la Statistique municipale, la fièvre typhoïde faisait des victimes dans la population civile de cette région de Paris dès le commencement de l'automne à une époque où la maladie ne nous était pas signalée dans le quartier Dupleix (en août, septembre et octobre de cette année,il n'y a eu aux hôpitaux militaires de Paris aucun décès pour fièvre typhoïde provenant de ce quartier; le premier décès a eu lieu le 26 novembre).

« Loin de moi la pensée de vouloir retourner la proposition formulée en tête de cette lettre et de prétendre que la fièvre typhoïde ait été transmise à la caserne par la population civile environnante.

« Je demande simplement à émettre, sous forme de conclusion, le vœu que, dans l'intérêt aussi bien de la santé des militaires que de celle des habitants civils du quartier, et alors que l'autorité militaire fait procéder, dans la mesure du possible, à la désinfection de la caserne Dupleix, des mesures d'assainissement d'ordre général soient prescrites en cette région de Paris, où l'Exposition de 1889 va attirer tant d'étrangers et de provinciaux prédisposés, eux aussi, à la fièvre typhoïde, et qu'une surveillance efficace soit spécialement appliquée à la nature et à la quantité des eaux distribuées, à la propreté des immeubles, à l'évacuation des immondices et à la désinfection des maisons qui auraient été contaminés par l'épidémie.

« J'ajoute que, depuis l'évacuation du quartier, le régiment atteint, actuellement campé dans la forêt de Saint-Germain, n'a envoyé, en quinze jours, à l'hôpital que deux malades légèrement atteints ».

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 1er *au* 7 *janvier* 1887. — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 5. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, Croup, 48. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 24. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55.

Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 69. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 63.

Bronchite aiguë et chronique, 103. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 126.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 53.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 32. — Sénilité, 43. — Suicides et autres morts violentes, 44. — Autres causes de mort, 163. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine : 1138. — Résultat de la semaine précédente : 1070.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie,
108, boulevard Saint-Germain.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1880-1881 par le Dr Péan, 1 fort vol. in-8° avec figures dans le texte, 25 fr. Ce volume forme le tome V des leçons du Dr Péan. Les 4 premiers volumes se vendent chacun séparément 20 francs.

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège, par le docteur N. Charles, professeur d'accouchements et chirurgien-directeur de la Maternité. — 2 vol. gr. in-8° avec 285 figures, 15 fr.

De l'albuminurie intermittente cystique ou maladie de Pavy, par le Dr Merley, ex-interne des hôpitaux de Saint-Etienne. — Paris, 1887, gr. in-8°, 120 figures, 2 fr. 50.

Publications du Progrès médical, 14, rue des Carmes, Paris.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par Alice Sollier, née Mathieu Dubois. — Un volume in-8° de 180 pages, avec 32 figures. Prix : 4 fr.

Alexandre Maloine, librairie médicale et littéraire,
91, boulevard Saint-Germain, 91
Près la Faculté de médecine, vis-à-vis la cour du Commerce.

Vient de paraître : **Exposé pratique du traitement de la rage par la méthode Pasteur.** Historique. Communications. Technique. Résultats, par le Dr J.-R. Suzor. Ouvrage précédé d'une lettre autographe de M. Pasteur, in-8° avec figures. Prix : 5 francs.

Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine,
place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome I, 2e fascicule. Colonne vertébrale. Cou. Membre supérieur. Poitrine. Un volume in-8° de 850 pages avec 61 figures. Prix : 6 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 7 MARDI 17 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER — Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

[illegible] ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
[illegible] ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 7 Mardi 17 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Hôpital Beaujon. — Service de M. Fernet.

Embolies multiples; athérome de l'aorte; caillot fibrineux au niveau d'une ulcération du vaisseau; mort.

Par M. Henry Barbier,
Interne des hôpitaux.

Emilie Ag..., 42 ans, est entrée le 5 décembre 1887, à la salle Sainte-Hélène, lit n° 5. Elle est amenée sur un brancard; elle nous apprend qu'elle garde le lit depuis dix jours environ pour des douleurs vagues dans le membre inférieur du côté droit; cinq jours plus tard elle a ressenti brusquement une douleur violente dans l'épaule droite et qui a retenti également sur le coude et le poignet; elle s'accompagna d'engourdissement du membre et de la main, de sensation de brûlure et d'une coloration violacée assez marquée. Elle suit un traitement local calmant lorsque survient un ictus : étant assise dans son lit elle perd brusquement connaissance et quand elle revient à elle, elle est hémiplégique à gauche avec participation de la face du même côté.

Son passé pathologique ne nous apprend pas grand'chose, si ce n'est qu'il y a huit ans elle a souffert de ce qu'elle appelle un rhumatisme, qui la retint trois mois couchée; en fait, il n'y eut que la jambe droite qui fut malade; elle devint très grosse, très blanche et dure comme du marbre. S'agit-il là de rhumatisme ou plutôt d'une phlegmatia alba dolens? Quoi qu'il en soit, la malade se souvient qu'on lui fit prendre du sulfate de quinine et qu'on lui mit un vésicatoire au devant du cœur.

A part cela, trois couches, dans lesquelles les enfants vinrent mort-nés, une fièvre typhoïde qui se perd dans son enfance et des crises de maux de tête qui revenaient par accès toutes les semaines, accompagnées de quintes de toux, d'envies de vomir, d'une durée de un à

quatre jours et qui, d'ailleurs, ont disparu depuis deux ans. Elle n'accuse aucun autre trouble de la santé. Notons cependant que c'est une femme dont la nutrition est languissante et dont le tissu cellulaire sous-cutané est chargé d'une épaisse couche de graisse. Les artères sont souples et elle nie toute espèce d'abus alcoolique.

A son entrée, on constate une paralysie complète du facial inférieur du côté gauche (immobilité de la face, drapeau, déviation de la bouche, impossibilité de souffler, épiphora, hyperacousie). La paralysie s'étend, également complète, au membre supérieur gauche; elle est beaucoup moins marquée au membre inférieur gauche, que la malade peut remuer et soulever légèrement.

La malade attire l'attention sur ses douleurs de la jambe droite ; il n'y a ni gonflement ni rougeur des articulations, cependant les douleurs sont vives, térébrantes, ressemblant à des brûlures, et on constate en même temps un peu d'analgésie cutanée.

Les battements du cœur sont normaux : rien dans les poumons ; la malade ayant ses règles, on ne peut examiner ses urines.

En présence de ces signes, il faut s'arrêter au diagnostic de rhumatisme et d'hémorrhagie cérébrale. Cependant, dès ce moment, nous sommes frappés de ce fait que le pouls radial est impossible à sentir du côté droit; c'est le seul phénomène que présente le membre supérieur droit.

Le traitement se compose de 3 grammes d'antipyrine.

8 décembre.—Les phénomènes douloureux ont empiré. La malade, qui est d'ailleurs très impressionnable n'a cessé de pousser des cris toute la nuit et elle revient avec insistance sur le caractère de brûlure que prennent les douleurs. C'est alors qu'en la découvrant un phénomène nouveau apparaît: c'est une coloration rouge violacée du pied remontant du pied presque jusqu'au genou où elle s'atténue et disparaît. Toute cette zone est le siège de douleurs qui rendent la palpation impossible. Cette coloration ne disparaît pas sous le doigt. Cependant la sensibilité semble y être conservée, car elle perçoit les piqûres d'épingle et les pincements de la peau. L'exploration de l'artère crurale ne permet plus de percevoir les battements artériels. Le pouls radial et temporal n'existe pas non plus de ce même côté (à droite).

L'apparition de ce nouveau signe apporte un élément de plus au diagnostic et l'hypothèse d'une oblitération embolique de l'artère iliaque externe, jointe à une embolie cérébrale, est soupçonnée par M. Fernet.

Mais d'où proviendraient ces embolies? L'examen le plus minutieux du cœur et des gros troncs vasculaires est resté absolument négatif.

D'autre part, nous ne pouvons nous empêcher d'être impressionné par le caractère hémiplégique de ces troubles circulatoires et nous nous demandons s'il ne s'agirait pas d'un grand trouble vaso-moteur rentrant dans le cadre de la maladie de Raynaud. Il semble, en effet, que la paralysie faciale est moins marquée, que le bras lui-même est moins inerte et si nous rapprochons le siège à gauche de cette paralysie, des troubles des membres droits, nous nous demandons si la lésion cérébrale n'est pas simplement un trouble fonctionnel des artères. Hâtons-nous d'ajouter que, les jours suivants, cette hypothèse était définitivement abandonnée.

Le 9.—La paralysie du bras gauche diminue : la malade peut serrer assez fortement avec sa main pour qu'on puisse soulever tout son membre. La motilité semble être revenue dans le membre inférieur. Par contre, la main droite va nous offrir les mêmes caractères d'asphyxie que le pied droit : les douleurs ont commencé dans la nuit et au matin on trouve, sur la main droite et à la partie inférieure de l'avant-bras, une rougeur violacée sur laquelle on distingue des petits placards bleus-violâtres. Cette teinte remonte jusqu'au pli du coude. Pas de battements artériels à la radiale, à l'humérale, ni à l'axillaire. Le pied droit est plus violacé : il est refroidi ; toute la nuit elle s'est plainte de douleurs violentes dans le mollet : il y a un refroidissement évident du pied droit. Pas d'anesthésie.

A la main, elle ne sent pas les fortes pressions et quelques instants après il y a à l'endroit comprimé une sensation de brûlure ; enfin il y a du retard dans la perception des sensations.

On continue l'antipyrine, 3 grammes ; on ajoute des applications de liniment chloroformé et de la morphine en injections sous-cutanées.

Le 10. La main droite est revenue presque à l'état normal, sauf l'index qui est légèrement violacé. Il reste trois ou quatre plaques érythémateuses sur l'avant-bras. Les phénomènes douloureux sont également atténués.

Au pied, la douleur est moins vive : elle se plaint surtout des orteils. Mais la couleur violacée est plus marquée et il existe sur le cou-de-pied une escharre correspondant à une brûlure qu'on a faite à la malade avant son entrée à l'hôpital.

Il y a analgésie surtout marquée dans la moitié antérieure du pied. Mêmes phénomènes vasculaires.

L'hémiplégie gauche diminue de plus en plus.

Même traitement.

Le 11. Deux modifications : la teinte ecchymotique se limite au-dessus des malléoles et au lieu d'être uniforme elle est maintenant marbrée. Le mollet droit est tendu, dur, douloureux à la pression.

Les urines examinées pour la première fois sont rouges, rares, troubles et contiennent beaucoup d'albumine.

Le 12. Les plaques d'érythème de l'avant-bras droit ont disparu. Pas de battements à la sous-clavière droite : ceux de la temporale sont redevenus perceptibles.

Douleur très violente du genou et du mollet droits. La rougeur du pied beaucoup plus sombre que la veille remonte jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

La paralysie faciale semble plus marquée.

Régime lacté, eau de Vichy.

Le 14. Quelques plaques de sphacèle superficiel se montrent autour des malléoles.

Le 15. La face se dévie davantage. Au pied, les plaques de sphacèle remontent à 10 centimètres au-dessus des malléoles, mais respectent la plante du pied.

Le mollet est toujours tendu et gonflé comme phlegmoneux. Les urines sont un peu moins albumineuses.

Le 16. Elle se plaint un peu de sa jambe gauche qui est gonflée et douloureuse.

Un litre d'urine = 50 centigrammes d'albumine.

Dans les jours qui suivent, les phénomènes ne se modifient guère. Les téguments du dos du pied sont toujours très rouges et violacés. L'escharre correspondant à la brûlure semble prête à se détacher.

Vers le 19, on constate l'apparition d'une éruption rouge, boutonneuse, prurigineuse, d'aspect rubéolique, ressemblant aux éruptions rubéoliformes de l'antipyrine.

Le 21. Apparition de taches noires au talon, sous le gros orteil et en dedans de la malléole interne. Mais, phénomène nouveau, toute la jambe gauche est dans le collapsus ; elle est bleue violacée et la malade commence à y ressentir des douleurs analogues à celles du côté droit. Les battements de la crurale gauche ont disparu à leur tour et l'oblitération embolique de l'iliaque externe du côté gauche n'est plus douteux. D'ailleurs, la malade, épuisée par ses souffrances, tombe dans un état de somnolence entrecoupé de délire, de divagations et meurt doucement dans une sorte de coma.

Autopsie. — Putréfaction avancée. Adipose énorme.

Poumons : sains. Pas d'embolies.

Cœur : gras, un peu dilaté. Endocarde sain. Valvules intactes.

Aorte : la tunique interne est rouge ; quelques plaques d'athérome s'y remarquent, mais peu nombreuses et peu étendues. Mais, ce qui attire l'attention, c'est la présence, à quelques centimètres des valvules aortiques saines, d'une sorte de polype de la grosseur du pouce, et qui flotte dans la cavité du vaisseau. Son insertion se fait

sur la paroi postérieure par un pédicule un peu rétréci, de sorte que, dans son ensemble, cette production ressemble assez à une massue à manche court ; elle se fait sur une surface ulcérée de l'aorte, large comme une lentille, et due probablement à la fonte d'un foyer athéromateux analogue à ceux qu'on observe sur les autres parois du vaisseau.

Quelle est la nature de ce polype ? Tout d'abord, sa consistance est friable, il est facile d'en détacher des fragments dont la surface de cassure est irrégulière. Si on cherche maintenant à déterminer son mode d'adhérence à la paroi aortique, on ne tarde pas à se convaincre qu'il s'agit d'une simple juxtaposition. Ce faux polype n'adhère que faiblement aux parois, on peut l'en détacher avec un instrument mousse.

Le mécanisme de sa formation, en présence de ces caractères, qui en font nécessairement un caillot sanguin fibrineux, devient alors évident. Une ulcération de la paroi aortique, ulcération due à l'ouverture d'un foyer d'athérome, a servi de point d'appel pour une coagulation de la fibrine du sang. Celle-ci s'est déposée, et petit à petit s'est formée cette production morbide grosse comme un dé à à coudre. Nous trouvons là, dès lors, l'explication des phénomènes observés pendant la vie. Battu sans cesse par le courant sanguin, le caillot s'est morcelé, et ce sont ses fragments qui, entraînés dans le torrent sanguin, ont été la cause des embolies multiples et des phénomènes secondaires observés pendant la vie.

En effet, les investigations portées sur l'arbre artériel montrent des embolies nombreuses.

Ce sont des oblitérations de *l'artère splénique* avec gros infarctus de la rate, reconnaissables à leur teinte brune ; une oblitération complète de *l'artère rénale droite*.

De ce côté le vaisseau est comme injecté de cire, jusqu'à son origine sur l'aorte. Le caillot se prolonge même légèrement dans la lumière de ce dernier vaisseau et rien n'empêche de supposer que ce foyer embolique important n'ait pas à son tour donné naissance à des embolies secondaires se dirigeant vers les membres inférieurs.

Les *deux iliaques primitives* sont oblitérées et les caillots se réunissent à la bifurcation de l'aorte en envoyant un prolongement irrégulier dans la lumière de ce dernier vaisseau. Sont thrombosés la plupart des vaisseaux qui en partent ; ainsi *les hypogastriques* dans une certaine étendue et les *deux iliaques externes* ; les *artères épigastriques*.

Le caillot ne se prolonge pas dans la même longueur des deux côtés. A droite la crurale est obturée jusqu'au 1/3 supérieur de la cuisse : la fémorale profonde l'est également. Le caillot est fibrineux

et plus adhérent, à 3 ou 4 travers de doigts de l'arcade de Fallope. Il est probable que c'est là que l'embolie s'est arrêtée.

A gauche on peut suivre le caillot jusqu'au *creux poplité*. Il semble plus récent, ce qui est conforme à ce qui a été observé pendant la vie. La fémorale profonde est également thrombosée.

Au membre supérieur droit on trouve un caillot remplissant l'artère axillaire se prolongeant d'un côté sur la sous-clavière, de l'autre sur l'artère humérale. Il est plus fibrineux à sa partie inférieure.

Enfin l'artère sylvienne droite est oblitérée et on trouve un foyer de ramollissement qui comprend tout le territoire des artères lenticulo-striées. Le corps strié, la capsule externe sont le siège d'un ramollissement complet.

Les autres organes n'offrent rien de particulier.

Telles sont les lésions observées chez cette malade, chez laquelle la localisation hémiplégique des oblitérations emboliques est au moins bizarre, et pouvait faire hésiter le diagnostic. Il eût peut être été intéressant de rechercher si l'ulcération de l'aorte n'était pas d'origine infectieuse et s'il ne s'était pas passé du côté du vaisseau des phénomènes analogues à ceux qu'on observe dans l'endocardite dite ulcéreuse.

Mais le cadavre était dans un état de putréfaction déjà assez avancée pour que de telles recherches fussent bien incertaines. D'ailleurs, ni la nature des embolies ni la marche de la mortification, ni les symptômes généraux fébriles ou autres qui ont toujours été nuls, ne semblaient à priori permettre une pareille hypothèse. Les embolies étaient de simples corps inertes et n'ont produit les accidents observés que par une action toute mécanique.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

RACHITISME ET SYPHILIS. — Le Dr *J. Comby* publie dans les nos de novembre, décembre et janvier de la *Revue des maladies de l'enfance* un travail dont nous détachons les conclusions suivantes :

La question des rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance a été tranchée par le professeur Parrot (congrès de Londres, 1881) dans un sens opposé à l'opinion générale des médecins. Nous sommes encore sous le coup de la surprise que causa cette affirmation absolue : *Le rachitisme ne reconnaît pas d'autre origine que la syphilis héréditaire*.

Les arguments à l'appui de cette thèse nouvelle, qui heurtait le

front de la doctrine classique, sont empruntés exclusivement à l'anatomie pathologique. Glissant sur les signes connus de la syphilis active, Parrot insiste sur les empreintes de la syphilis éteinte : *desquamation linguale, cicatrices fessières, érosions des dents, crâne natiforme*. La syphilis héréditaire, attestée par ces empreintes, engendrerait les lésions osseuses (ostéophytes durs, atrophie gélatiniforme, tissu spongoïde) qui, étape par étape, aboutissent au rachitisme.

La théorie de Parrot, si mal accueillie au congrès de Londres, peut être aisément réfutée.

1° L'*anatomie pathologique* nous enseigne que les lésions rachitiques diffèrent des lésions syphilitiques : la raréfaction (tissu spongoïde) caractérise le rachitisme; la condensation (ostéophytes durs) et le ramollissement (atrophie gélatiniforme) sont propres à la syphilis.

2° La *clinique* nous montre que les deux maladies ont des allures dissemblables et mêmes opposées : les cicatrices fessières, les lésions dentaires communes chez les syphilitiques, sont exceptionnelles chez les rachitiques; les lésions cornéennes sont presque toujours scrofuleuses; la desquamation linguale n'a rien de syphilitique.

3° La *thérapeutique* traditionnelle du rachitisme qui, loin d'être favorable aux syphilitiques leur est funeste, proteste contre l'assimilation tentée par Parrot.

4° L'*étiologie* enfin achève la ruine du système : Le rachitisme fait défaut dans plusieurs pays ravagés par la syphilis; les pauvres paient au rachitisme un tribut plus lourd que les riches, quoique les uns et les autres soient égaux devant la syphilis; les causes du rachitisme résident *presque toutes* dans l'alimentation vicieuse de nouveau-nés (allaitement artificiel, alimentation grossière et prématurée, sevrage précoce ou brutal, etc.).

Voici comment on doit envisager les rapport de la syphilis et du rachitisme.

1° Le rachitisme est fréquent chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, mais il n'est pas pour cela d'essence et de nature syphilitiques. C'est par l'épuisement et la cachexie, non par une influence *spécifique*, que la syphilis héréditaire aboutit au rachitisme. Prévenir cette cachexie ou la combattre par le traitement mercuriel et par l'allaitement naturel exclusif et prolongé, c'est en même temps faire la prophylaxie du rachitisme.

Allaité artificiellement, le petit syphilitique est pour ainsi dire voué au rachitisme.

2° Quant à la syphilis acquise, son action est également dénuée de toute spécificité.

Si les enfants contaminés sont pourvus, en temps opportun, d'un bon traitement et d'une bonne nourrice, ils échappent encore plus sûrement au rachitisme que dans le cas de syphilis héréditaire. En sont-ils privés, ils deviennent rachitiques.

Dans tous les cas, la syphilis n'agit qu'à titre de cause occasionnelle et adjuvante; elle ne mérite pas, dans l'étiologie du rachitisme, une meilleure place que telle ou telle maladie infantile (rougeole, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, broncho-pneumonie) dont l'intervention, on le sait, peut provoquer le rachitisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *janvier* 1888. — *Présidence de* MM. FÉRÉOL et CADET DE GASSICOURT.

M. Féréol avant de quitter le fauteuil de la présidence résume les travaux de la Société pendant l'année écoulée et appelle M. Cadet de Gassicourt, vice-président, au fauteuil de la présidence, à la place de M. Siredey, empêché d'assister à la séance par un deuil de famille.

NÉPHRITES EXPÉRIMENTALES. — M. *Gaucher*. Les faits expérimentaux que je vais avoir l'honneur de communiquer à la Société peuvent avoir des applications cliniques immédiates et même des applications thérapeutiques d'une certaine importance.

Je rappelle que, d'après les notions classiques, les néphrites chroniques épithéliales, englobées sous la dénomination commune de *gros rein blanc* (mal de Bright parenchymateux), reconnaissent, suivant les cas, une pathogénie bien différente. Certaines de ces néphrites ont probablement pour cause un reliquat de maladie infectieuse antérieure; d'autres paraissent liées à l'influence du froid et aux troubles des fonctions cutanées consécutives au refroidissement; d'autres enfin sont d'origine toxique; mais, à part la néphrite saturnine, qui est une néphrite interstitielle de nature spéciale, les poisons minéraux donnent lieu le plus souvent à une néphrite aiguë.

Or, sans entrer dans la discussion des opinions que je viens de rappeler, le présent travail a pour but de montrer, comme je l'ai indiqué ailleurs, que le mal de Bright épithélial, le *gros rein blanc*, reconnaît aussi le plus souvent une origine toxique. Je veux parler du mal de Bright en quelque sorte primitif, qui se développe sourdement, insidieusement, sans qu'il soit possible de lui trouver une étiologie bien déterminée. Mais ici le poison, au lieu de venir du dehors, est produit dans l'organisme lui-même.

Ce poison, de nature complexe, se compose des diverses matières extractives qui résultent de l'oxydation incomplète des matières azotées. Les expériences que j'ai instituées prouvent, en effet, l'action nocive de ces matières toxiques sur le rein.

En introduisant, par injections sous-cutanées, dans l'organisme d'un cobaye, pendant un certain nombre de jours, une quantité croissante de créatine ou de leucine ou de tyrosine, de créatinine, de xanthine ou d'hypoxanthine et en solution aqueuse, on arrive à rendre l'animal albuminurique, finalement à le faire mourir, et, à l'autopsie, on trouve une néphrite épithéliale de même nature que le rein blanc.

L'accumulation des matières extractives dans le sang peut donc, par l'élimination de ces matières à travers le rein, irriter les épithéliums sécréteurs et donner naissance à une néphrite parenchymateuse.

Toutes ces matières extractives à l'état normal existent en très petite quantité dans la circulation, mais leur production augmente dans beaucoup d'états pathologiques.

En première ligne, les maladies du foie entravent la transformation de la matière azotée, et dans les affections du parenchyme hépatique la formation des matières extractives augmente, dans des proportions plus ou moins notables, en même temps que diminue la quantité d'urée excrétée. C'est vraisemblablement à cette accumulation des déchets de la désassimilation azotée dans le sang qu'il faut attribuer la fréquence de l'albuminurie dans la cirrhose du foie. Il est une autre maladie dans laquelle le parenchyme hépatique est encore plus profondément lésé : c'est l'ictère grave. Or, la néphrite de l'ictère grave est une néphrite épithéliale qui, à part l'imprégnation biliaire, présente tous les caractères du gros rein blanc ; et l'on sait précisément que, dans l'ictère grave, la production des matières extractives est surabondante et que le chiffre d'excrétion de l'urée s'abaisse plus que dans toute autre maladie.

La production exagérée des matières extractives n'est pas limitée aux affections du foie. Dans toutes les maladies chroniques, il existe des troubles de nutrition qui doivent entraver la combustion complète des matériaux azotés. D'après la preuve expérimentale de l'action nocive des matières extractives sur le rein, on est porté à admettre que l'oxydation incomplète des déchets de la désassimilation est la cause principale des néphrites qu'on observe si fréquemment dans le cours des maladies chroniques.

L'influence des matières extractives sur le rein est encore plus étendue ; elle peut s'exercer également à l'état de santé. On sait, en

effet que tous les aliments quaternaires renferment de ces substances azotées incomplètement oxydées, que le bouillon notamment — le bouillon concentré surtout — les extraits de viande et les poudres de viande en renferment une proportion considérable. Dès lors, l'introduction de ces aliments, riches en matières extractives, peut être très nuisible, particulièrement pour le rein. Elle l'est surtout dans le cas où le rein ne fonctionne pas bien, et où l'élimination de ces substances toxiques se trouve entravée.

Donc, introduction excessive ou production exagérée de matières extractives dans l'organisme, ou, même avec une production normale, élimination insuffisante : telles sont, je crois, les conditions pathogéniques ordinaires du gros rein blanc.

L'introduction exagérée ou la production excessive de matières extractives suffisent à elles seules pour produire le mal de Bright épithélial ; mais, si une néphrite chronique existe déjà, du fait d'une autre cause antérieure, le défaut d'élimination des matières extractives aggravera la lésion rénale. C'est probablement à l'irritation produite sur le filtre rénal par ces matières extractives, dont l'élimination se trouve entravée, qu'il faut attribuer les complications épithéliales de la néphrite interstitielle et la production de ce qu'on a appelé la néphrite mixte.

De ces données expérimentales résultent aussi des enseignements thérapeutiques importants. C'est d'abord le danger du bouillon de viande dans les néphrites. Pour les brightiques, le bouillon est une solution de poison. C'est également, dans toutes les maladies et même chez les individus sains, le danger des extraits de viande, des bouillons concentrés, des poudres de viande qui, en dehors des sels minéraux toxiques, principalement les sels de potasse, renferment de plus des poisons organiques, et précisément toutes les matières excrémentitielles dont nous venons de montrer l'action nocive.

Dans les maladies chroniques, il y a des troubles de nutrition constants ; dans les fièvres également ; la transformation de la matière s'opère incomplètement ; il y a production anormale de matières extractives. Si, par l'alimentation, on ajoute encore de ces substances toxiques à celles qui existent déjà dans l'économie, on crée un double danger, danger d'autant plus grand que la lésion du rein est une nouvelle cause d'accumulation par défaut d'élimination.

ABCÈS DUS A LA MORPHINE ET FARCIN CHRONIQUE. — M. *Féréol* rappelle la communication qu'il a faite à la Société. M. Nocard n'a pas trouvé de microbe ressemblant à celui du farcin dans le pus des abcès et les inoculations ont été négatives. D'autre part, M. Bouchard, examinant un malade, pensa à des abcès dus à des piqûres de

morphine ; on trouva, en effet, que le malade ne se faisait pas moins de 18 piqûres par jour,

ACIDE LACTIQUE DANS LES DIARRHÉES. — M. *Hayem* rappelle la communication faite par lui et M.Lesage à l'Académie de médecine. M. Hayem a porté de 6 à 15 ou 20 cuillerées à café par 24 heures, la quantité de solution d'acide lactique à 2 p. 100 qu'il administre dans l'intervalle des tétées aux nourrissons atteints de diarrhée.

Chez l'adulte, dans dix cas, M. Hayem a obtenu en 24 heures avec 2 à 3 cuillerées à bouche de la même solution, la cessation de diarrhée rebelle à tout autre traitement. Les insuccès ont été l'exception, la dose de 0 gr. 75 à 1 gr. a toujours été parfaitement supportée ; d'ailleurs, Cautain a donné sans accidents contre le diabète jusqu'à 4 et 5 grammes d'acide lactique.

M. Hayem n'est pas fixé sur le mode d'action de l'acide lactique. Peut-être agit-il comme microbicide ; M. Hayem pense plutôt qu'il modifie la nutrition de l'intestin.

M. *Sevestre* a constaté la nécessité de doses élevées et de l'administration à intervalles rapprochés, 5 à 10 minutes. Mais ce médicament ne réussit pas toujours, notamment dans ces diarrhées bilieuses qui cèdent au bicarbonate de soude à haute dose : 1 gr. 25 par kilo du poids et par 24 heures.

M. *Hayem* pense que le bicarbonate de soude à haute dose n'entrave pas la nutrition. Dans la diarrhée bilieuse où les selles sont acides, il agit en les neutralisant.

NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES. — M. *Raymond*, à propos d'un cas qu'il vient d'observer de névrite double du sciatique proplité externe, au cours d'une néphrite interstitielle, fait remarquer qu'on a peut-être trop de tendance à admettre l'essentialité des névrites périphériques. Le plus souvent la moelle ou les méninges sont intéressées,primitivement ou du moins temporairement ; plus tard apparaît la névrite. L'observation sur l'homme et les expériences sur les animaux concordent en faveur de cette opinion.

M. *Rendu* partage entièrement l'opinion de M. Raymond ; un fait qu'il vient d'observer vient à l'appui de cette idée.

M. *Raymond* rappelle que ces névrites s'observent souvent chez les vieillards cachectiques à rein sénile avec néphrite.

M. *Hayem*. Chez les vieillards cachectiques tous les tissus sont atrophiés. Comme dans certaines cachexies, en dehors de la vieillesse, on voit des atrophies musculaires très marquées, on peut se demander si les névrites séniles ne rentrent pas dans la loi générale d'atrophie des tissus chez les vieillards.

ADÉNOPATHIE SUS-CLAVICULAIRE DANS LE CANCER VISCÉRAL ABDOMINAL. — M. *Troisier* rapproche des faits déjà rapportés trois ob-

servations de cancer utérin et ovarique accompagnés de cette adénopathie.

De ces faits qui éloignent l'hypothèse d'une coïncidence, on peut conclure que tout cancer abdominal peut se propager à distance aux ganglions sus-claviculaires. L'importance clinique de ce fait d'observation n'est pas à démontrer. Mais comment l'expliquer? Dans certains cas, par la propagation de proche en proche par les ganglions prévertébraux ; dans d'autres cas, par un noyau secondaire dans le poumon. Pour ces cas où l'adénopathie sus-claviculaire est isolée, peut-être peut-on admettre que les cellules cancéreuses déversées dans le canal thoracique passent dans les ganglions sus-claviculaires en traversant les petits lymphatiques très courts qui s'étendent de ces ganglions à la crosse du canal thoracique. Outre l'absence de valvules dans ces conduits, on peut admettre qu'à un moment donné (respiration ou effort), il se produit au niveau du confluent des liquides sanguin et lymphatique, soit une stase, soit un réflexe repoussant les cellules vers les ganglions. Enfin les mouvements amiboïdes des cellules cancéreuses ne sont-ils pas étrangers au mouvement rétrograde.

D'ailleurs l'envahissement des ganglions par le cancer dans un sens contraire au cours de la lymphe n'est pas exceptionnel, à preuve celui des ganglions lombaires ou iliaques dans le cancer de l'estomac ou du foie. SAPELIER.

NOUVELLES

LABORATOIRE MUNICIPAL DE CHIMIE. — *Concours pour des emplois de chimiste et d'expert-inspecteur.* — Un examen pour les emplois de chimiste et d'expert-inspecteur au Laboratoire municipal de chimie établi près la Préfecture de police aura lieu le lundi 27 février 1888, à dix heures du matin.

Les candidats devront, en conséquence, adresser une demande à la Préfecture de police (secrétariat général, service du personnel).

Cette demande devra parvenir à la préfecture le 31 janvier, au plus tard.

Le BANQUET de la Société médicale du VI[e] arrondissement aura lieu samedi prochain, 21 janvier, à 7 heures, restaurant Magny, rue Mazet, 3.

Adresser les adhésions au D[r] Philbert, 84, boulevard Beaumarchais.

Le Propriétaire-Gérant : D[r] E. BOTTENTUIT.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 8 JEUDI 19 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 3 Jeudi 19 Janvier 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 18 *janvier* 1888.

L'Académie a entendu hier deux communications, l'une de M. le professeur Verneuil, sur le traitement du furoncle et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées, l'autre de M. le professeur Germain Sée, sur le diagnostic du cancer de l'estomac par la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique et sur le traitement général des dyspepsies.

M. Verneuil rappelle brièvement l'historique du traitement de l'anthrax. Au début de sa carrière médicale, il y a une quarantaine d'années, on débridait largement tous les anthrax ; peu à peu le traitement est devenu moins radical, et en 1881, par exemple, M. Verneuil lui-même était arrivé à cette formule de n'employer l'intervention chirurgicale que dans les cas graves, mais alors de la pratiquer largement. Aujourd'hui, ajoute-t-il, le traitement de l'anthrax devient de moins en moins chirurgical sans devenir pour cela moins efficace, et M. Verneuil traite tous ses anthrax sans employer le bistouri ni même le thermo-cautère ; il se sert uniquement de pulvérisations phéniquées.

La discussion sur cette communication doit s'ouvrir dans la prochaine séance. Nous serions bien étonnés si tout le monde était de l'avis du savant chirurgien de la Pitié.

On a proposé pour faire le diagnostic du cancer de l'estomac dès le début et dans les cas douteux la recherche de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. Cet acide chlorhydrique manque dans les cas de cancer. M. le professeur Germain Sée, qui a constaté le fait, s'est appliqué à trouver le meilleur réactif chimique utilisable en pareil cas, et il s'est arrêté à la fluoroglycine vanillique qui décèle la présence de l'acide chlorhydrique par l'apparition de beaux cristaux rouges. Il montre les meilleures conditions dans lesquelles on puisse se placer pour opérer cette recherche et pose ensuite d'une façon

générale les règles du traitement des dyspepsies. Cette importante communication aura certainement une grande influence sur la conduite de beaucoup de praticiens. A. Ch.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND, SUPPLÉANT LE Pr TRÉLAT.

—

I. Trachéotomie pour une laryngite œdémateuse chronique sous-glottique. — II. Traitement des kystes hydatiques du foie. — III. Coxalgie avec ankylose vicieuse et trajet fistuleux. — Traitement.

Messieurs,

I. Nous avons d'abord à opérer une femme de 50 ans, atteinte de laryngite œdémateuse chronique sous-glottique, diagnostic porté par le Dr Ruault. Elle est atteinte d'accès fréquents de suffocation pouvant d'un moment à l'autre amener la mort. Il est donc indiqué de lui faire une trachéotomie préventive.

Je n'emploierai pas le chloroforme. Vous avez lu la discussion qui s'est élevée sur ce point à la Société de chirurgie. Malgré l'avis de quelques savants praticiens, je crois que les occasions d'employer le chloroforme dans la trachéotomie doivent être rares. Ici, il est absolument contre-indiqué. La malade est sans cesse sous la menace de l'asphyxie. Il faut donc opérer très vite et le chloroforme est aussi inutile que dangereux.

J'essaierai toutefois de faire sur la peau du cou une injection de cocaïne : nous supprimerons ainsi la douleur provenant de la section de la peau, et c'est la seule que puisse éprouver la malade, puisque nous nous hâterons ensuite de sectionner la trachée et d'introduire la canule.

II. La seconde malade dont j'ai à vous parler est celle qui a fait l'objet d'une clinique précédente (1).

Les kystes du foie se présentent sous deux aspects bien différents. Ou bien ils sont disposés à froid dans la glande, ou bien ils sont le siège d'accidents suppuratifs. Dans le deuxième cas, il n'y a pas à hésiter : c'est à une large ouverture qu'il faut recourir d'emblée. Dans le premier, la discussion est permise. Pour moi, je vous l'ai dit, la conduite la plus sage est de faire d'abord en pareil cas une ponction aspiratrice.

Cette ponction peut être curatrice ou ne l'être pas ; dans ce der-

(1) Voir *France médicale* du 8 oct. 1887.

nier cas, deux éventualités sont possibles : il peut survenir des accidents suppuratifs graves, ou bien simplement une récidive. Les accidents suppuratifs exigent l'emploi de l'ouverture large par la méthode de Lippmann et Landeau. Quant à la récidive, les uns la traitent de la même façon, les autres ont de nouveau recours à la ponction. Cette dernière méthode ne me paraît pas exempte d'inconvénients graves, la récidive exposant à des accidents sérieux. Je crois donc qu'en pareil cas il faut inciser largement sans plus attendre.

Messieurs, dans la leçon que j'ai consacrée à cette malade, je vous ai rappelé que les kystes du foie pouvaient affecter trois positions :

1° *Antéro-inférieure* : ils grossissent dans l'intérieur de l'abdomen et sont facilement pris pour des kystes de l'ovaire.

2° *Antéro-supérieure* : ils sont recouverts de tissu hépatique et font saillie sous la peau, au dessous des fausses côtes.

3° *Postérieure*, qui ne dépassant pas les fausses côtes ne peuvent être attaqués que par la voie pleurale. J'ai eu l'occasion de faire cette opération ici cette année : c'est la quatrième qui ait été pratiquée (1). J'ajouterai par parenthèse que l'état actuel de la malade est des plus satisfaisants.

La malade que nous avons à opérer aujourd'hui rentre dans la troisième catégorie.

Je vous rappelle en quelques mots l'histoire de cette malade. Son kyste ne présentant pas de symptômes de suppuration, je l'ai ponctionné, et j'en ai tiré un litre de liquide *eau de roche*. Pendant les jours suivants, il s'est produit un peu de fièvre le soir, et des douleurs dans le foie et dans l'épaule. Ces phénomènes sont promptement tombés. Mais ce qui nous a décidés à intervenir, c'est que la ligne de matité qui avait remonté après la ponction, s'est de nouveau et progressivement abaissée jusqu'au niveau qu'elle occupait antérieurement.

Il y a donc eu récidive, et d'après les principes que je vous ai exposés tout à l'heure, je me suis décidé à intervenir par une large ouverture. Notre opération a dû être retardée par suite d'une bronchite contractée par la malade. A cette occasion nous avons remarqué en auscultant la poitrine, l'existence à la base du poumon droit de frottements pleuraux, signes de la pleurésie inférieure qui accompagne d'ordinaire les kystes du foie.

Quelle va donc être notre conduite ? Nous allons faire une nouvelle ponction pour bien jalonner notre intervention. Puis je ferai un petit volet à la peau, et au dessous du point ponctionné, j'atta-

(1) Voir France médicale, 20 sept. 1887.

querai la côte dont je reséquerai environ quatre centimètres. J'entrerai alors dans le kyste que je suturerai à la paroi. Je compte trouver dans la plèvre, par suite de la pleurésie inférieure, des adhérences protectrices. Mais si elles venaient à manquer, pour empêcher la pénétration de l'air dans la plèvre, je saisirais le diaphragme que je collerais à la peau.

III. Nous avons maintenant à nous occuper d'un jeune garçon de 15 ans, atteint de coxalgie avec ankylose vicieuse et trajet fistuleux de la fesse.

La condure du fémur en avant est telle que l'ensellure est des plus prononcées. Cette coxalgie date de l'âge de 9 ans et a subi un grand nombre de traitements.

Que pouvons-nous faire pour ce malade? Un certain nombre de chirurgiens nous conseilleraient de ne rien faire du tout. Cependant il s'agit d'un sujet jeune, bien portant, à poumons en bon état, et très gêné par son infirmité. Je crois qu'il y a lieu d'intervenir.

Consultons donc à son sujet deux hommes qui font autorité en pareille matière, Lannelongue et Ollier, et voyons ce qu'ils pensent. Trois modes opératoires se présentent à nous : la résection, l'ostéotomie, l'ostéoclasie.

Ollier, dans le dernier congrès de chirurgie, a montré que la résection de la hanche était une opération merveilleuse... *chez les chats et les chiens*. Mais il n'en est plus de même chez l'homme, par ce que chez lui, qui est bipède, les fonctions de la hanche sont toutes différentes de ce qu'elles sont chez les quadrupèdes. Le résultat paraît excellent au début, mais à mesure que l'individu marche, le membre se raccourcit de plus en plus.

Ollier pense donc qu'il est préférable d'obtenir une ankylose dans une bonne altitude.

Nous savons en outre qu'il faut éviter de pratiquer l'ostéotomie ou l'ostéoclasie dans le cas d'accidents aigus. Toutefois, d'après Ollier, la présence d'un trajet fistuleux ne contre-indique pas l'intervention. Il faut seulement pratiquer l'opération le plus loin possible du foyer anciennement malade, et employer l'ostéotomie ou l'ostéoclasie *sous-trochantérienne*.

Messieurs, avec les instruments perfectionnés que nous possédons aujourd'hui, je crois que dans la plupart des cas il faut préférer l'ostéoclasie, opération non-sanglante, à l'ostéotomie, opération sanglante. La première et la principale raison, c'est que, d'après les plus récentes statistiques, l'ostéoclasie n'a pas de mortalité, tandis que l'ostéotomie à une mortalité de 10 0/0.

Mais si l'ostéoclasie s'applique merveilleusement au-dessous du genou, il n'en est plus de même pour la hanche, et il est difficile,

avec les meilleurs appareils, de casser le fémur en un point précis. Il vaut donc mieux recourir ici à l'ostéotomie.

Ainsi, c'est une *ostéotomie sous-trochantérienne* qui paraît indiquée dans le cas actuel.

Je n'ai pas exploré à fond jusqu'ici la fistule dont est porteur notre malade, me réservant de le faire au moment de l'opération. Les résultats de cette exploration auront une grande influence sur ma détermination.

Si par hasard la fistule ne nous conduisait pas sur l'articulation, je me contenterais de curer cette fistule, et je la laisserais guérir avant de toucher à l'ankylose.

Si, au contraire, elle communique bien avec l'articulation, deux hypothèses peuvent se présenter :

1° Si je tombe sur une hanche en fâcheux état, je ferai la résection des parties malades, en détruisant tout ce que je pourrai du tissu pathologique, et alors je pourrai sans doute redresser le membre.

2° Si au contraire l'articulation est dure, éburnée, en voie de guérison, on pourra, ou bien laisser les choses en l'état et faire plus tard l'ostéotomie ou l'ostéoclasie sous-trochantérienne, ou bien, profitant de ce qu'on est sur la hanche, faire immédiatement l'ostéotomie au niveau du col. Il va sans dire que si, au lieu d'une ankylose osseuse, il s'agissait seulement d'une ankylose fibreuse, il faudrait faire le traitement ancien, le redressement du membre par rupture des adhérences.

L. Griffier.



ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 17 *janvier* 1888.—*Présidence de* M. Hérard.

La correspondance manuscrite comprend plusieurs comptes-rendus de vaccinations et des travaux envoyés pour le prix.

M. le président annonce que l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Trasbot sur les candidats au titre de correspondant (3e division) et la lecture du rapport de M. Gariel sur les candidats au titre de correspondant (4e division).

Du traitement du furoncle et de l'anthrax par la pulvérisation phéniquée. — M. *Verneuil* a constaté que le traitement de l'anthrax avait beaucoup varié, mais que surtout il devenait de moins en moins chirurgical sans devenir moins efficace. En 1881, M. Verneuil était arrivé à cette formule : intervention exceptionnelle, faite

uniquement dans les cas graves, mais alors avec beaucoup d'énergie. Il employait alors surtout le thermo-cautère. Mais, en 1883, il trouva son chemin de Damas. Appelé en consultation près d'un homme grand et vigoureux, atteint d'un énorme anthrax de la nuque, il vit un large cratère et autour plusieurs points indurés qui indiquaient manifestement la propagation. N'ayant rien sur lui pour l'opérer, M. Verneuil fit faire pendant une heure de la pulvérisation phéniquée. Le malade s'en trouva tellement bien qu'il fit faire plusieurs fois dans la journée ces pulvérisations. Le lendemain il se trouvait tellement bien que M. Verneuil fit continuer le même traitement, et les progrès du mal s'arrêtèrent complètement.

M. Verneuil a continué depuis cette époque ce mode de traitement. Il a reçu le même jour dans son service deux hommes vigoureux, non diabétiques, atteints de deux anthrax semblables. L'un des deux fut opéré et guérit huit jours après celui auquel on n'avait rien fait.

L'an dernier, un malade est arrivé dans le service avec un anthrax demi-lobuleux plus gros que le poing: il souffrait cruellement. Il fut traité exclusivement par les pulvérisations phéniquées. Il se fit une large ouverture au centre de cette tumeur, mais elle guérit sans autre traitement.

Appelé au cinquième jour d'un anthrax chez un homme petit et grêle, atteint d'un anthrax plat de 10 à 12 centimètres de diamètre, il ne fit pas d'autre traitement que les pulvérisations phéniquées. Tous les accidents généraux cessèrent et le malade guérit. Un autre malade, diabétique, est cependant mort pendant le traitement.

Qui peut le plus peut le moins, dit M. Verneuil, et ce traitement, très efficace contre l'anthrax, doit réussir à plus forte raison contre son diminutif le furoncle, qui est de même nature. La femme d'un jeune médecin est morte après un an d'une furonculose que rien ne pouvait arrêter.

La technique de ce traitement est très simple. Dans l'intervalle des pulvérisations, qui doivent être très prolongées, on se borne à appliquer sur la peau des compresses de tarlatane phéniquée. M. Verneuil se sert d'une solution à 2 p. 100. Il faut garantir contre le spray les parties qui entourent l'anthrax, et donner au patient une attitude commode pendant les pulvérisations.

Ce procédé peut n'être pas toujours suffisamment efficace, mais il n'offre jamais aucun inconvénient.

M. Verneuil termine sa communication en proposant les conclusions suivantes :

1° Le furoncle et l'anthrax ne sont que des degrés d'une même

maladie infectieuse et sont justitiables des mêmes moyens thérapeutiques ;

2° Ceux-ci consistent en actes chirurgicaux et en applications topiques. Les premiers semblaient autrefois indispensables, ou pour le moins applicables à la majorité des cas. Les seconds, efficaces tout au plus dans les cas légers, ne jouaient dans le traitement qu'un rôle adjuvant et fort secondaire.

3° C'est l'inverse qui doit être suivi aujourd'hui ; l'intervention opératoire devient de moins en moins nécessaire et sera réservée pour des cas tout à fait exceptionnels. Au contraire, les topiques antiseptiques, au premier rang desquels il faut placer les solutions phéniquées et boriquées, employés d'une certaine manière et en particulier sous forme de pulvérisations prolongées et réitérées, jouissent d'une efficacité remarquable, en même temps qu'ils sont d'une bénignité absolue et d'un maniement des plus simples.

4° Les pulvérisations font, à très peu d'exceptions près, avorter rapidement les furoncles et les petits anthrax; elles arrêtent la marche du mal dans les cas plus graves, font d'ordinaire cesser très vite les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, désinfectent les foyers purulents et gangréneux, hâtent leur détersion et favorisent la formation d'une belle couche de bourgeons charnus.

5° Elles sont applicables dans toutes les régions, à toutes les formes et à toutes les périodes du mal, elles ne sont jamais nuisibles, et, à elles seules, amènent la guérison dans la grande majorité des cas. Elles aident puissamment d'ailleurs au succès des moyens chirurgicaux au cas où ceux-ci deviendraient nécessaires.

6° Enfin, elles tendent à prévenir les auto-inoculations extérieures, et les phénomènes d'infection générale.

La discussion du travail de M. Verneuil est renvoyée à la prochaine séance.

Les maladies de l'estomac jugées par un nouveau réactif chimique. — M. *Germain Sée*. Cette question a déjà été étudiée en France à la Société médicale des hôpitaux, et en Belgique par M. Rommelaere. En Allemagne, on a recherché la composition du suc gastrique. Il y a huit ans, dans son traité des dyspepsies, M. G. Sée a montré que les dyspepsies étaient d'ordre chimique ou qu'elles n'existaient pas, c'est-à-dire qu'alors elles étaient purement nerveuses. Cette question était donc dans l'air. M. Dieulafoy a fait, il y a quelques jours, une remarquable leçon où il dit qu'on ne parvient souvent pas au diagnostic du cancer, et que la seule solution possible est alors l'examen du suc gastrique.

Toutes les maladies non organiques de l'estomac rentrent dans la classe des dyspepsies.

Le premier réactif employé est la tropéoline, qui permet de distinguer les acides de l'estomac ; un second réactif a été le violet de méthyle, qui a été surtout employé par M. Laborde. Le vert brillant, également d'origine amylique, a été employé par le professeur Lépine à Lyon. La fluoroglycine vanillique a été également employée, et c'est à elle que M. Germain Sée donne la préférence. On prend 2 grammes de fluoroglycine et 1 gramme d'acide vanillique. La fluoroglycine vanillique n'agit que sur l'acide chlorhydrique. La coloration est alors immédiate.

Il faut d'abord préparer le malade, sans lui faire faire un très gros repas, comme on le fait en Allemagne. M. G. Sée donne ce repas quarante-cinq minutes avant de faire l'extraction du liquide. Il suffit de faire prendre deux œufs durs et boire un demi-verre d'eau, puis, trois quarts d'heure après, on extrait le liquide, et on reconnaît sur les parois du vase de beaux cristaux rouges. Le morceau de blanc d'œuf n'est pas encore complètement digéré, nous sommes donc dans les conditions habituelles de la digestion. Il n'est pas nécessaire de faire faire aux malades de très gros repas.

Voici maintenant les résultats. M. Sée divise les malades en trois classes : Il y a des individus qui présentent un excès considérable d'acide chlorhydrique, d'autres n'ont pas d'acide chlorhydrique, enfin, dans une troisième catégorie, surtout chez les malades qui ont de la dilatation de l'estomac, la quantité d'acide chlorhydrique est très variable.

Le vrai cancer de l'estomac ne contient pas d'acide chlorhydrique, il contient d'autres acides. Tous les médecins qui ont cherché l'acide chlorhydrique et qui l'ont vu manquer, ont conclu d'une façon très affirmative. Des médecins de Strasbourg ont cependant montré que l'acide chlorhydrique pouvait paraître manquer et être simplement masqué.

M. Sée a recueilli dix-huit faits. Deux sont relatifs à des cancers très difficiles à diagnostiquer. Dans les cas d'ulcère simple de l'estomac, il est dangereux de faire même le pompage le plus doux. Si l'on examine les dyspepsies dites muqueuses, l'acide chlorhydrique ne manque que dans un petit nombre de cas, dans les cas très avancés de dyspepsie où il y a déjà des altérations des glandes de l'estomac. Pour M. Sée, l'acide chlorhydrique ne manque que dans deux catégories de cas, dans le cas de cancer et dans le cas de dyspepsie très avancée, marastique en quelque sorte, chez les diabétiques, les tuberculeux par exemple.

Dans une seconde catégorie de cas, il y a un excès d'acide chlorhydrique, particulièrement chez les anémiques et les chlorotiques.

Dans une troisième espèce, la quantité d'acide chlorhydrique est

très variable. Parmi les dilatations de l'estomac, il y en a qui ne sont rien dans la maladie et d'autres qui sont tout.

Dans certains cas, il paraît difficile d'expliquer l'absence d'acide chlorhydrique, ce sont les cas dans lesquels les malades digèrent non par l'estomac, mais par l'intestin ; chez ces individus, l'estomac n'est qu'un lieu de passage ; mais il ne faut pas que ces individus aient l'intestin malade.

Il y a trois méthodes classiques dans la dyspepsie : la chlorhydrothérapie, l'alcalinothérapie et les évacuants.

On ne sait pas au juste quand il faut donner l'acide chlorhydrique. Quand il y a de l'hyperacidité, il ne faut pas en donner, de même il faut le craindre dans le cas de cancer.

Dans l'alcalinothérapie, le bicarbonate de soude est généralement donné à dose trop faible.

La méthode évacuante est très employée. Dans certains cas, les purgatifs réussissent à merveille.

Il y a aujourd'hui deux régimes adoptés généralement. Tous les dyspeptiques sont mis au lait. Le lait est mauvais dans le cancer, détestable dans les dilatations, détestable quand il y a trop d'acide chlorhydrique. Il arrive un moment où les malades ainsi alimentés tombent dans l'inanition.

Le second régime est le régime doux : des viandes blanches, des carottes ; ce régime est généralement insuffisant.

Il faut donc adopter deux régimes. L'un destiné aux hyperchlorhydriques : à ceux-là, il faut de la viande, et la viande la plus forte possible, car ils ont tout ce qu'il faut pour digérer de la viande. Le second régime est le régime amylacé. Chez certains individus qui n'ont pas d'hyperacidité, il ne faut pas craindre de prescrire des aliments amylacés.

M. *Laborde* rappelle que le procédé qu'il a signalé est décrit dans la dernière édition de la physiologie de Béclard, mais il est, il est vrai, plus connu des physiologistes que des praticiens. M. Laborde a montré lui-même le profit que les cliniciens pouvaient retirer de cette méthode des colorants pour le diagnostic des maladies de l'estomac.

M. *C. Paul* est étonné d'entendre dire à M. Sée que le dosage de l'urée ne sert à rien dans le diagnostic des maladies de l'estomac. Il est certain que, dans le cancer de l'estomac, il y a toujours une diminution considérable du chiffre de l'urée qui tombe à 12 ou 13 grammes par jour.

M. *G. Sée* s'est borné à rappeler cette opinion qui n'est pas de lui et qui a été soutenue à la Société médicale des hôpitaux. D'ailleurs le taux de l'urée varie simplement suivant le degré de marasme ou d'inanition de l'individu.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

—

Tableau des actes du 23 au 28 janvier 1888.

Lundi 23. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Fournier, Remy, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Lannelongue, Reclus, Ribemont-Dessaignes. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Guyon, Segond, Kirmisson. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Budin, Delens, Jalaguier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Déjerine.

Mardi 24. — 1er examen, doctorat : MM. Laboulbène, Pouchet, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Schwartz. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hutinel. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Duplay, Panas, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Richet, Tarnier, Bouilly. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. G. Sée, Legroux, Hanot.

Mercredi 25. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Ollivier, Rémy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Budin, Segond. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Brissaud, Chauffard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Marc Sée, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes. — 2e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Potain, Damaschino, Déjerine. — 3e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Joffroy, Landouzy.

Jeudi 26. — Médecine opératoire : MM. Panas, Peyrot, Brun. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Fernet, Quinquaud. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Ballet. — 4e examen, doctorat (1re série) : MM. G. Sée, Raymond, Troisier. — 4e examen, doctorat (2e série) : MM. Bouchard, Proust, Joffroy.

Vendredi 27. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Kirmisson, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 3e examen (officier de santé), Charité : MM. Trélat, Jalaguier, Brissaud. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Marc Sée, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Chauffard, Déjerine.

Samedi 28. — (officier de santé), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Bouilly,

Brun. — 5[e] examen, doctorat (1[re] partie), Hôtel-Dieu (1[re] série) : MM. Le Fort, Polaillon, Maygrier. — 5[e] examen, doctorat (1[re] partie) Hôtel-Dieu (2[e] série) : MM. Tarnier, Peyrot, Quenu.

Thèses pour le doctorat. — *Mardi* 24, à 1 heure. — M. Mouchet : Endométrite. *Président* : M. Cornil. — M. Planchard : Anémie pernicieuse. *Président* : M. Cornil.

Mercredi 25, à 1 heure. — M. Vivien : Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation de l'épaule. *Président* : M. Guyon. — M. Engelbach : Tumeurs de la prostate. *Président* : M. Guyon.

Jeudi 26, à 1 heure. — M. Nourrio : Névralgie brachiale double. *Président* : M. Peter. — M. Rendon : Fièvres de surmenage. *Président* : M. Peter. — M. Perchet : De l'arthrite blennorrhagique (Étiologie et pathogénie). *Président* : M. Ball. — M. Blanc : Du traitement des ulcères variqueux par le sulfate de cuivre. *Président* : M. Duplay. — M. Leriche : Contribution à l'étude des anévrysmes artério-nerveux des vaisseaux poplités. *Président* : M. Duplay.

Vendredi 27, à 1 heure. — M. Macovey : Contribution à l'étude des principales sources d'eaux minérales de Roumanie. — *Président* : M. Hayem. — M. Dinitch : Le képhir ou champagne lacté du Caucase. *Président* : M. Hayem. — M. Raymond : L'urticaire pigmentée. *Président* : M. Fournier.

Samedi 20, à 1 heure. — M. Belin : Adénopathies externes. *Président* : M. Jaccoud. — M. Budor : Oblitérations des artères cardiaques. *Président* : M. Proust. — M. Lahaye : Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'urèthre chez la femme. *Président* : M. Richet. — M. Lin-abdel-kader : Étude sur les différents traitements de la kératite à hypopyon. *Président* : M. Panas.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Limites des consignations pour examens probatoires.* — Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après inclusivement :

Pour le 2[e] examen de doctorat (1[re] partie), jusqu'au 20 mars ;
» » (2[e] partie), jusqu'au 17 avril ;
Pour le 3[e] examen de doctorat (1[re] partie), jusqu'au 17 avril ;
» » (2[e] partie), jusqu'au 22 mai ;
Pour le 4[e] examen de doctorat, jusqu'au 5 juin ;
Pour le 5[e] examen de doctorat (1[re] et 2[e] parties), jusqu'au 26 juin) ;
Pour les examens de sage-femme, jusqu'au 26 juin ;
Pour les thèses, jusqu'au 10 juillet ;
Pour le 1[er] examen d'officiat, jusqu'au 19 juin ;
Pour le 2[e] examen d'officiat, jusqu'au 26 juin ;

Pour le 3e examen d'officiat, jusqu'au 10 juillet.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés, après le 9 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 12 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le professeur Planchon est promu à la troisième classe.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er juillet 1888 dans les hôpitaux et hospices de Paris.* — Le jeudi 15 mars 1888, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mercredi 1er février 1888, et fermé le mercredi 29 février 1888, à trois heures.

AVIS. — Le délai de la remise des mémoires pour les prix de l'Académie de médecine, concours 1888, expire le 29 février 1888.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — *Prix à décerner.* — Le deuxième lundi de janvier 1889, la Société médico-pratique décernera un prix de six cents francs à l'auteur du meilleur travail de médecine, chirurgie ou obstétrique qui lui aura été adressé. Pour être admis au concours, les mémoires doivent être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté portant le nom de l'auteur et reproduisant l'épigraphe placée en tête du mémoire, et être adressés franco au secrétaire général de la Société, Dr Cyr, 21, rue Cambacérès.

ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux, vient de prendre la direction des *Archives de Tocologie* fondées par le professeur Depaul.

Nous avons la certitude que notre jeune et savant confrère donnera une vive impulsion à ce recueil estimé et nous le félicitons d'avoir accepté de continuer l'œuvre si dignement commencée par ses prédécesseurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Almanach-annuaire des médecins et pharmaciens de la France, de l'Algérie et des Colonies pour l'année 1887. Prix : 2 francs en souscrivant, hors Paris, 2 fr. 50 (franco). On ne paie qu'après réception.

On souscrit, dès à présent, chez M. ALCAN LÉVY, éditeur, 24, rue Chauchat, à Paris.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

[Tre]nte-cinquième année. — Tome I. N° 9 Samedi 21 Janvier 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissent le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France. .... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 9 Samedi 21 Janvier 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL NECKER. — M. LE Pr LÉON LE FORT.

Névralgie faciale du côté droit à type épileptiforme guérie par l'élongation du nerf frontal interne, nasal et sous-orbitaire.

On sait avec quelle difficulté on obtient la guérison des névralgies faciales lorsqu'elles sont de date déjà ancienne. On sait aussi que la section et même la résection des nerfs sur lesquels semble porter la névralgie sont loin d'assurer la guérison. Les insuccès nombreux de la névrotomie du sous-orbitaire pratiquée à sa sortie de l'orbite ont amené les chirurgiens à aller le couper dans l'orbite même. La résection du nerf dans l'orbite, soit en trépanant, soit en brisant sa paroi inférieure, a été pratiquée un grand nombre de fois par Paturban, Wagner (de Dantzig), Wagner (de Kœnigsberg), Shuh, Wiesner, Libell, Carnochan, Weinlechner, Letievant, Tillaux, etc., mais avec des succès très divers.

Les insuccès se comprennent facilement. Comme l'a fait remarquer Malgaigne, si les douleurs se répandaient dans les filets dentaires postérieurs, il faudrait, pour sectionner le nerf au delà de la partie qui paraît être le siège du mal, porter l'instrument tranchant dans la fosse sphéno-maxillaire, ce qui serait déjà fort difficile. Mais si les branches frontales, venant de l'ophthalmique, le sous-orbitaire, les dentaires sont affectés, on peut croire que l'affection siège sur la cinquième paire, dans sa partie intra-crânienne et au delà de la division en trois branches, dans un point où l'on ne peut songer à aller l'atteindre.

L'élongation peut-elle faire ce que ne ferait pas la section? Quelques faits tendraient à faire répondre par l'affirmative. Les modifications que la distension et la contusion des fibres nerveuses entraînent dans la vitalité du nerf en provoquant des phénomènes de

dégénération et de régénération paraissent retentir parfois jusque sur les centres nerveux, tantôt en bien, tantôt en mal.

Dans quelques cas d'ataxie locomotrice on a élongé soit les deux nerfs sciatiques et quelquefois un seul. Dans un cas, Esmarch élongea le plexus brachial et guérit son malade. L'élongation du sciatique a été suivie d'une notable amélioration des symptômes dans les cas d'Erlenmeyer, Debove et Gillette, Langenbach, Southam, Rzehaczeck (deux cas, Fischer et König.

Je connais quatorze opérations d'élongation faites pour névralgies de la cinquième paire. Quatre fois il y eut insuccès complet dans les cas de Hahn, Nussbaum, Grainger et Czerny. Il n'y eut qu'amélioration dans les deux cas de Quinquaud ; mais nous comptons huit succès obtenus par Higgins (deux cas) Vogt, Kocher, Croft, Masing, Purdie, Walsham. Or, ma malade présentant des crises névralgiques dans les branches faciales du sous-orbitaire, dans les dentaires, le frontal, le nasal, je ne pouvais guère compter sur un bon résultat, même en sectionnant le sous-orbitaire dans l'orbite. L'élongation me paraissait offrir plus de chances de succès et elle avait l'avantage de ne pas amener à coup sûr l'anesthésie qui est la conséquence immédiate de la section ou de la résection. L'observation suivante est, comme on le verra, un exemple de plus de guérison à l'actif de l'élongation.

La nommée Tr.... (Marie), âgée de 67 ans, entre dans mon service à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, le 21 juin 1887 pour une névralgie faciale. Cette femme, qui a eu quatre enfants, se porte bien, n'a aucun antécédent diathésique et n'a jamais présenté d'accidents nerveux jusqu'à l'époque du début de sa maladie.

Il y a cinq ans, elle couchait habituellement près d'une fenêtre mal close et c'est à cette cause qu'elle attribue le mal qui débuta à cette époque par des crises analogues à celles qu'elle éprouve lors de son entrée à l'hôpital. Tout d'abord ces crises étaient peu fréquentes, une, deux puis trois ou quatre par jour. Ce n'est que vers le mois de janvier que ces crises devinrent d'une fréquence inquiétante (dix à douze par jour). Elle avait été traitée en août 1886 par un médecin de la ville qui lui avait fait appliquer plusieurs vésicatoires volants au dessous de la région sourcillière droite.

L'état de la malade lorsqu'elle se présente à notre observation est le suivant : les crises sont extrêmement fréquentes car elles se répètent toutes les 8 ou 10 minutes ; la malade en a compté 49 de midi à 7 heures du soir. La nuit ces crises se montrent également, mais avec une fréquence et une intensité variables, quelquefois la malade dort malgré ces crises. Quelquefois elle est complètement privée de sommeil. Pendant la veille elles se montrent brusquement et sont à

peine annoncées par une sensation de fourmillements qui dure quelques secondes ; le plus souvent rien ne prévient la malade de leur approche. Les excitations les plus variées déterminent leur apparition. Le simple frôlement, le toucher, le chatouillement, la pression, le froid, le chaud, le vent, l'action de parler, de manger déterminent une crise. Les points où il faut faire porter ces excitations nous ont paru variables aux divers moments observés, mais constants dans leur existence, c'est-à-dire que tel point d'excitation existant à un moment donné faisait place à tel autre, pour reprendre ses droits au bout d'un temps variable. Les points que nous avons pu ainsi déterminer sont : un point sus-orbitaire, un point sous-orbitaire, un point malaire, un point labial externe, un point labial interne ou muqueux, un point gingival au niveau de la canine supérieure droite. Rien du côté du voile du palais, rien du côté de la voûte palatine, rien sur la langue. Les points les plus susceptibles d'amener les crises sont le point malaire et le point gingival; l'excitation du côté gauche de la face ne détermine pas de crises.

Il n'existe pas de paralysie dans aucun des muscles de la face, de la langue, du voile du palais. La sensibilité du côté droit de la face est diminuée dans ces principales manifestations en ce qui concerne la douleur à la piqûre, la sensation de température, l'électricité ; elle est au contraire augmentée pour le toucher. Pour ce qui concerne la langue, la piqûre éveille moins de douleur, tandis que le moindre frôlement est douloureux ; la sensation du froid et du chaud, la sensibilité gustative sont diminuées.

Il n'y aucun trouble de l'ouïe ni de la vue.

Les crises sont plus ou moins facilement réveillées suivant les moments. Ainsi dix minutes après une crise on en réveille une nouvelle avec la plus grande facilité, tandis qu'immédiatement après la fin d'une crise, on peut assez souvent toucher les points qu'on pourrait appeler épileptogènes sans en réveiller une autre.

Ces crises sont caractérisées par les phénomènes suivants : les paupières se ferment convulsivement, les muscles de la face, surtout du côté droit, se contractent violemment; en même temps la malade porte sur la région oculaire droite la main fermée et quand elle le peut, la main tenant un mouchoir et se frotte circulairement et rapidement toute la partie supérieure et latérale de la face du côté droit. Ces mouvements, répétés à chaque crise, ont eu pour résultat une véritable usure des sourcils et même des cils qui ont disparu de ce côté de la face, ce qui lui donne un aspect quelque peu singulier. La crise dure de 20 à 27 secondes, aussitôt passée, le calme revient complètement et la douleur, qui avait été très violente, disparaît aussitôt.

Il n'y a ni larmoiement, ni rougeur de la conjonctive, ni changement dans la coloration de la face, la névralgie se traduit seulement par des crises convulsives et douloureuses.

Après avoir consacré quelques jours à bien étudier les phénomènes avant de tenter un traitement, j'essaie comme méthode perturbatrice de la faradisation du côté droit de la face ; une séance qui dure de 10 à 15 minutes est faite le 28 juin, au matin.

Le 29, la malade nous apprend que les accès ont été moins fréquents, elle n'en a eu que sept à huit pendant l'après-midi, et seulement deux ou trois pendant la nuit. La faradisation est répétée.

30 juin. Dans les dernières vingt-quatre heures il n'y a eu que neuf ou dix accès. Il en survient comme d'habitude pendant la visite, aussitôt qu'on touche un des points déjà signalés. Les crises ont toujours le même caractère. Si on empêche la malade de porter pendant la crise la main à la face pour se frotter vigoureusement la région douloureuse, la douleur est beaucoup plus vive. Il semble que le frottement la diminue.

1er juillet. Nous constatons qu'on cause immédiatement une attaque en soufflant sur la paupière inférieure ; c'est en effet à ce niveau que se trouve aujourd'hui le point le plus sensible, et un simple frôlement à ce niveau fait passer dans toute la face, de ce côté, une douleur que la malade compare à un coup de lance. Elle nous dit aussi qu'elle éprouve constamment, au niveau de la paupière inférieure, une douleur sourde accompagnée de quelques petits élancements. Si une crise survient, la douleur, partie de la paupière inférieure droite, se porte vers la pointe du nez, puis les autres points de la face deviennent douloureux ; mais quelquefois la douleur s'arrête après ces premiers élancements et il semble que l'accès avorte et se réduit à la sensation initiale.

Le 4. Depuis quelques jours la fréquence des accès avaient diminué, il n'y en avait plus que huit à dix par jour. Malheureusement la malade a été changée de lit et on l'a placée près d'une porte qui s'ouvre fréquemment et dont l'ouverture l'expose à un courant d'air. Sous cette influence, sans doute, les accès ont augmenté de fréquence et d'intensité.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

L'ALIÉNATION MENTALE CHEZ LES NÈGRES. — Dans son rapport annuel au gouvernement des États-Unis, le Dr *Bryce* constate que la folie a été en augmentant chez les nègres depuis leur émancipation. En

1850, la statistique générale de tous les aliénés ne comprenait que 638 nègres. En 1860, leur nombre était de 766, c'est-à-dire un pour 5.799 comparativement au chiffre total de la population de couleur. En 1870, la proportion est de un pour 2,695 et, en 1880, l'on trouve un aliéné pour 1.096. Si cette augmentation continue, on peut s'attendre à avoir en 1890 la même proportion d'aliénés pour les blancs et les noirs, qui est en moyenne d'un par 500 habitants (*Boston medical and Surgical Journal*).

Syphilis pulmonaire par *William Henry Porter*, professeur de clinique médicale, École de New-York. — L'auteur tire les conclusions suivantes des diverses observations qu'il publie : 1° Les lésions pulmonaires attribuables à la syphilis sont très communes, plus particulièrement chez les femmes que chez les hommes. Le plus grand nombre de cas se présenterait entre trente et quarante ans, et ils sont plus fréquemment héréditaires qu'acquis. 2° La lésion la plus habituelle siège au sommet et comprend ordinairement les deux poumons ; au bout d'un certain temps il se forme des cavités succédant à une induration de la même façon que la pthisie. S'il y a différence anatomique très nette entre le tubercule miliaire et le tubercule syphilitique, il y a évidemment ressemblance au point de vue de l'évolution des lésions. 3° Le diagnostic repose sur les antécédents du malade, les signes physiques, la dypsnée intense et l'absence d'augmentation de température. 4° Le pronostic dépend en partie de l'époque à laquelle le diagnostic aura été fait d'une façon plus ou moins prématurée. 5° Le traitement par le bi-iodure de mercure, l'iodure d'ammonium et l'iodure de potassium a paru le plus efficace, tandis que beaucoup de malades sont à peine affectés par l'iodure de potassium seul (*Medical Record*).

Gonococci. — Dans un article publié dans le *Monatsch. F. prakt. Dermat*, le Dr *Bockart* explique de la manière suivante la façon dont les gonococci provoquent l'uréthrite. A la suite du contact infectieux, les micro-organismes sont déposés sur l'épithélium pavimenteux de la fosse naviculaire où ils se développent et prolifèrent. Ils s'étendent ensuite rapidement entre les cellules épithéliales, vers les papilles de la membrane muqueuse, en détachant les couches épithéliales sur leur chemin et en détruisant quelques-unes des cellules qui les composent. Arrivés au contact de la partie papillaire de la muqueuse, ils produisent sur les vaisseaux sanguins une vive réaction suivie de l'issue de corpuscules blancs du sang et du sérum formant un milieu de culture dans lequel ils se développent en grande abondance et se présentent sous l'aspect de petits masses arrondies et agglomérées. Tous ces éléments se retrouvent dans la sécrétion purulente de l'urèthre qui contient alors du pus, de l'épithélium et des

gonococci. Dans les espaces lympathiques de la muqueuse, les gonococci s'accroissent d'une façon considérable. La constitution de cette membrane s'altère graduellement, elle se charge de gonococci et l'épithélium est détruit sur une étendue de plus en plus considérable (*Gazetta degli Ospitali*).

Les Antipyrétiques dans la fièvre typhoide, par le *professeur Nothnagel*.—La thalline, l'antipyrine, l'antifébrine présentent de nombreux caractères communs et le plus important d'entre ceux-ci est l'abaissement de la température qu'ils déterminent. Dans toute affection aiguë fébrile ces agents diminuent la chaleur centrale, régularisent le pouls et sont le point de départ d'une amélioration généralement rapide. Mais dans les formes où apparaissent des signes de collapsus, le refroidissement au-dessous du degré normal, l'arythmie du pouls, on constate que ces divers états sont influencés par les antipyrétiques précédents d'une façon qui est en rapport avec l'énergie et la rapidité avec laquelle ils abaissent habituellement la température. Ainsi plus ils ont d'action sur celle-ci, plus ces phénomènes dangereux seront accentués. C'est ainsi que la *résorcine* et la *kairine* donnent lieu à ces accidents au *maximum*. Toutefois ces formes dépressives étant très rares, la contre-indication à l'emploi de ces médicaments, surtout les premiers, est exceptionnelle, et l'on ne s'étonnera pas de voir survenir à un léger degré certains signes de faiblesse dus à de l'anémie cérébrale. La thalline, l'antipyrine et l'antifébrine peuvent s'employer indifféremment, elles abaissent la température bien plus régulièrement que la quinine ou le salicylate de soude (*Médical klinik*, *Medical Press and Circular*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *janvier* 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Autoplastie par la méthode italienne modifiée. — M. *Kirmisson*, à propos du procès-verbal, dit qu'il a imité l'exemple de M. Poncet : il s'agissait d'un homme de 40 ans, portant un ulcère suite de brûlure ancienne sur la malléole externe.

Je taillai un lambeau sur la partie supérieure de la cuisse, que j'appliquai sur l'ulcère en fléchissant fortement la jambe sur la cuisse. Au bout de dix jours, le lambeau devenait froid, et après quatorze jours, quand je l'eus sectionné, la moitié au moins était tombée en gangrène.

Je crois qu'il vaut mieux faire l'autoplastie avec un lambeau emprunté au membre opposé.

J'ai vu un certain nombre de ces cas chez Billroth, et je crois que cette méthode peut donner de bons résultats. Je crois aussi que l'attitude de flexion forcée de la jambe sur la cuisse doit être rejetée comme trop pénible.

Dans le cas d'autoplastie des paupières, je préférerais le procédé de M. Le Fort à celui de l'autoplastie italienne.

M. *Berger*. Dans le cas d'autoplastie des paupières que j'ai cité ici même, le lambeau tint très bien.

Dans un autre cas, j'appliquai un lambeau pris dans le dos ; le lambeau vécut, mais il s'atrophia peu à peu, et finalement il se résorba.

Les lambeaux pris de cette sorte ne sont pas vivaces et se résorbent, de telle sorte que j'ai abandonné ces greffes pour revenir à l'autoplastie italienne.

C'est du reste l'opinion de M. Panas et de M. Abadie.

M. *Le Fort*. — Je crois que M. Berger aurait tort de généraliser ce qu'il dit de l'hétéroplastie ; chez mon malade, cette résorption ne s'est pas effectuée. Sichel fils ne l'a pas constatée non plus.

Je crois que la résorption se fait surtout quand on ne prend qu'une faible épaisseur de derme : il faut évidemment enlever le tissu cellulaire sous-cutané, mais il ne faut pas aller trop loin.

M. *Le Dentu*. J'ai eu recours quatre fois au procédé de M. Le Fort. Dans un, j'ai observé le sphacèle ; dans les trois autres, j'ai eu trois résultats bons.

J'ai observé la rétraction de ces greffes, étendue dans un cas ; dans un autre cas, cette rétraction n'a été que des 2/5, au plus, du lambeau.

Je crois qu'il faut tailler des lambeaux sensiblement plus grands que les surfaces à recouvrir.

M. *Le Fort*. Il faudrait, je crois, prendre une peau de même texture que celle de la région à recouvrir ; ainsi, je ne prendrais pas la peau du dos pour refaire une paupière.

M. *Championnière*. Il y a trois ans, j'ai essayé des greffes sur des surfaces très étendues avec des lambeaux pris sur des jambes qu'on devait amputer.

La plus grande partie avait pris, mais, six semaines après, la plupart de ces lambeaux s'étaient atrophiés et avaient disparu.

En prenant des lambeaux sur l'individu même, nous voyons persister ces lambeaux.

De l'utilité des catguts aseptiques. — M. *Monod*. Dans la dernière séance, M. Championnière a insisté sur l'utilité d'avoir des catguts aseptiques et résorbables.

Je signalerai un travail de Kocher, où il dit qu'ayant employé du

catgut pour ses ligatures et ses sutures profondes, il eut des accidents et même des morts.

Il remplace le catgut par de la soie sublimée, il n'a eu que des succès. Ce qui prouve qu'il faut préparer le catgut soi-même. Je me demande s'il ne vaudrait pas mieux se servir de la soie sublimée qui est plus facilement aseptique que le catgut.

M. *Championnière*. Je crois l'interprétation de M. Kocher mauvaise.

Depuis que je fais de la chirurgie antiseptique en préparant mon catgut moi-même, je n'ai jamais eu d'élimination. Aussi, pour moi, je le conserverai.

Je crois que la soie peut être bonne, surtout dans la formation du pédicule des kystes de l'ovaire.

M. *Kirmisson*. Il y a deux ans, j'ai vu le service de M. Kocher où on employait le sous-nitrate de bismuth, et il y avait beaucoup de plaies suppurantes. N'a-t-il pas changé son mode de pansement?

M. *M. Sée*. Je n'emploie que le sous-nitrate de bismuth et mes plaies ne suppurent pas.

M. *Terrier*. Je ne crois pas que ce soit le catgut employé par M. Kocher qui ait été la cause des accidents qu'il a observés.

Luxation sans cause appréciable des deux épaules à trois jours d'intervalle. Réduction après 50 jours. — M. *Le Fort*. M. de M..., 46 ans, a eu la syphilis dans sa jeunesse. Il eut en 1886 des accidents épileptiformes passagers, constatés par des accès.

A la fin de novembre 1886, en se réveillant, il constata que son bras était immobilisé et son épaule douloureuse. Un chirurgien appelé constata une luxation, essaya de réduire et, ne pouvant y parvenir, se retira sans rien faire ; il en fut de même d'un autre médecin.

Trois jours après, même douleur dans l'épaule du côté opposé. Mêmes manœuvres du même médecin. Après quoi, le malade fut envoyé à Menton, où les luxations furent constatées par les Drs Andral, Collin et Roques qui me l'envoyèrent.

En l'examinant, je constatai des deux côtés une luxation intracoracoïdienne complète.

Sensibilité intacte. Contractilité conservée sauf aux deltoïdes et aux muscles sus et sous-épineux.

Le 22 janvier, je procédai à la réduction, à l'aide de moufles et du dynamomètre.

J'allai à 180 kilogrammes, parce que l'aide qui surveillait le dynamomètre s'était trompé.

Cinq tentatives de réduction furent insuffisantes.

Je fis une dernière tentative heureuse en faisant tirer par deux aides et en mettant une serviette à l'extrémité supérieure de

l'humérus pour l'attirer en dehors en même temps que je repoussais la tête avec les doigts.

Je réduisis huit jours après l'autre luxation en portant la traction à 90 kilogrammes. Je fis deux tentatives pour l'épaule opposé et je ne pus y parvenir.

Je la réduisis en employant les mêmes moyens que la première fois.

Je maintins les deux bras croisés, pendant quelques jours, puis je lui fis appliquer un appareil dont j'ai donné la description, appareil destiné aux luxations récidivantes.

Il a porté ces deux appareils pendant un certain temps.

J'ai électrisé les deux deltoïdes, et la contractilité ainsi que la force y sont revenues; puis j'ai fait faire peu à peu des mouvements à l'épaule.

J'ai prescrit un traitement antisyphilitique, et les accidents épileptiformes ne se sont pas reproduits.

Je n'ai pas souvenir d'avoir vu de luxations doubles se produisant à plusieurs jours d'intervalle.

La paralysie du deltoïde constatée lors de l'examen était consécutive évidemment à la luxation.

Dans l'observation actuelle, il faut croire, en raison de l'attaque épileptoïde constatée quelques jours avant la luxation, que celle-ci a été due à une attaque épileptique survenue dans la nuit.

J'attire l'attention sur le mode de réduction.

La propulsion directe m'a donné seule un bon résultat.

Il faut détruire les adhérences par les moufles, et puis agir par des tractions modérées.

M. *Desprès*. J'ai eu un malade qui avait une luxation de l'épaule se reproduisant pour la 53e fois : la luxation se reproduisait par l'élévation seule du bras.

A propos de la réduction, Malgaigne avait dit que le procédé des pouces ou de douceur était le meilleur.

M. *Le Fort*. M. Desprès confond avec la contracture musculaire ce que j'ai dit à propos de la rétraction des muscles, cause de résistance dans la réduction. Quand on veut réduire en tirant, la résistance au replacement de la tête est très grande : il faut détruire les adhérences, et puis tendre modérément.

D'une modification a l'entérotome et a la manière de s'en servir. — M. *Verneuil*. On a de la peine quelquefois à placer l'entérotome pour sectionner l'éperon dans l'anus contre nature. J'ai été amené à faire une modification à l'emploi de l'instrument. J'ai appliqué cette modification en 1876, dans un cas d'anus iléo-

vaginal. L'entérotome de Dupuytren repoussait l'éperon, ou ne le pinçait que très peu.

Un jour j'introduisis la pince à polype sur l'éperon qui fut sectionné. Malheureusement le bout inférieur ne put être retrouvé.

J'ai imaginé dès lors un procédé pour saisir cet éperon. Je place deux pinces hémostatiques le long de mon doigt sur l'éperon, je l'attire ainsi devant mes yeux et je place entre les deux une pince à longs mors et je prends la quantité d'éperon que je veux. Le moyen est très simple.

M. *Desprès*. J'ai présenté, il y a quatre ans, un malade que j'avais opéré à l'aide de la pince à phimosis de Ricord qui me paraît supérieure à celle de M. Verneuil et à celles de Richet et de Kœberlé. J'ai employé un procédé analogue.

M. *Pozzi*. La pince de M. Kœberlé était garnie de tubes de caoutchouc pour adoucir la pression du mors.

M. *Le Fort* demande à M. Verneuil s'il n'a jamais eu de difficulté à pénétrer dans les deux bouts.

M. *Championnière* présente des pièces représentant une double salpingite suppurée. Un des kystes contenait 1200 grammes de pus et l'autre un litre. Ce sont les plus volumineux qu'on ait opérés. C'était une femme de 37 ans, qui n'avait jamais eu de troubles menstruels : elle ne souffrait guère que depuis six mois.

D'un côté, il n'y avait pas d'adhérences ; de l'autre, il existait des adhérences assez étendues.

La malade a été opérée il y a dix jours.

L'examen histologique n'a pas été fait. On peut penser qu'il s'agit de tuberculose.

M. *Larger* présente un malade qui est porteur d'un kyste de la queue du sourcil. Il a les caractères d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil. Il est tombé sur l'angle interne de l'œil dans son enfance. L'opération sera faite et l'examen histologique aussi.

BAZY.

NOUVELLES

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — A la suite du décès de M. le professeur Dally, des modifications importantes ont été introduites dans l'École d'anthropologie.

Deux chaires nouvelles ont été créées. MM. Manouvrier et G. Hervé, professeurs-adjoints, ont été nommés titulaires.

L'École se trouve maintenant constituée de la manière suivante :

Embryologie et anthropogénie, professeur : M. Mathias Duval ; — Anthropologie générale : M. Topinard ; — Anthropologie préhistorique :

M. G. de Mortillet; — Ethnographie et linguistique : M. A. Hovelacque; — Géographie médicale : M. Bordier; — Histoire des civilisations : M. Letourneau; — Anthropologie physiologique : M. Manouvrier; — Anthropologie zoologique : M. G. Hervé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine et en chirurgie pour l'année* 1888. — MM. les élèves actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition, dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1888.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le mardi 24 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

A MM. les élèves internes de 1re année et à MM. les internes provisoires, le mercredi 25 janvier, à une heure et demie.

A MM. les élèves externes de 2e et de 3e année, le jeudi 26 janvier, à une heure.

A MM. les élèves externes de 1re année, première moitié de la liste, le vendredi 27 janvier, à une heure; deuxième moitié de la liste, le samedi 28 janvier, à une heure.

ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE A LYON. — Le *Lyon Médical* nous apprend que le Conseil municipal de Lyon a donné à l'unanimité, dans sa séance du 10 janvier, pleins pouvoirs au Maire, le Dr Gailleton, pour traiter avec l'État au sujet de l'installation à Lyon de l'École de santé militaire.

Pour bien comprendre la valeur et la portée de ce vote, il faut rappeler brièvement les déclarations qui l'ont précédé. Sur une interpellation de M. Combet, appuyée par MM. Quivogne et Javot, le Maire a répondu en expliquant où en est l'état de la question.

L'Administration municipale a été saisie par le Préfet d'une lettre de M. le Ministre déclarant qu'il est prêt à déléguer un fonctionnaire chargé de s'entendre avec la Municipalité si cette dernière est disposée, de son côté, à reprendre les négociations entamées en 1883 et qui n'ont pas abouti. Une condition préalable essentielle de cette entente est que la ville consente à construire à ses frais un bâtiment devant servir à l'internement des élèves militaires, la dépense pour cette construction est évaluée de 800,000 francs à 1 million.

Le Conseil municipal, en donnant pleins pouvoirs à l'Administration pour traiter avec le délégué du gouvernement, s'est donc *ipso facto* engagé à fournir les fonds nécessaires pour la construction du bâtiment de l'École de santé.

En 1883, la question s'était déjà présentée deux fois devant le Conseil

municipal de Lyon. Dans sa séance du 4 mai, le Conseil avait autorisé le maire à traiter avec le gouvernement et fixé le concours de la ville à un chiffre de 1 million qui ne pouvait être dépassé.

En réponse à cette offre qu'il jugeait insuffisante, et séduit par les propositions avantageuses d'autres villes, le Ministre, tout en reconnaissant que Lyon seul offrait les ressources nécessaires à une agglomération de 400 élèves, avait décidé de créer une école militaire préparatoire à Nancy et à Bordeaux et faisait pressentir à Lyon la possibilité d'obtenir également une troisième école. Cette proposition d'un tiers d'école fut repoussée par le Conseil municipal, qui déclara que s'il était prêt à voter 1 million pour l'institution entière, il entendait ne s'imposer aucun sacrifice pour une simple fraction.

La création par le Ministre de deux écoles, l'une à Nancy, l'autre à Bordeaux, fut supprimée par la Commission du budget qui refusa de voter les crédits nécessaires. Depuis cette époque, l'affaire en est restée là et peut se résumer ainsi ;

On ne peut guère songer à placer l'école à Paris qui, à lui seul, a déjà beaucoup plus d'élèves que toutes les Facultés de province réunies.

En province, Lyon seul offre les ressources nécessaires pour l'agglomération de tous les élèves militaires, et il faut où les y réunir tous ou les diviser entre deux ou trois Facultés ; ce dernier projet a déjà été rejeté en 1883 par la Commission du budget. Du reste, il y aurait peu de différence entre la création de deux ou trois écoles et le régime en vigueur depuis l'annexion de Strasbourg à l'Allemagne. Actuellement les élèves militaires suivent leurs études médicales dans une des six Facultés ou dans une École de plein exercice à leur choix, et une fois docteurs vont faire leur stage au Val-de-Grâce, Cette disposition a le double inconvénient de ne pas créer pour eux une communauté d'origine, analogue à celle qui unit les officiers sortis de Saint-Cyr ou de l'Ecole polytechnique, et de ne pas les plier dès le début à la discipline militaire, aussi nécessaire à celui qui fait partie permanente de l'armée que l'instruction scientifique.

Le choix de Lyon paraît donc s'imposer, et ce choix avantageux pour les élèves militaires, le serait aussi pour les intérêts de notre ville.

Sans considérer la question comme entièrement tranchée en notre faveur, nous la croyons mise en bonne voie de réussite par le vote unanime du Conseil municipal et nous comptons sur la fermeté et l'habileté administrative de notre maire pour tout mener à bien et triompher des difficultés qui peuvent se présenter.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

VÉRITABLE SOLUTION
D'ANTIPYRINE du Dr CLIN

« L'Antipyrine peut être considérée scientifiquement comme le « médicament le plus puissant contre la douleur. »
(Académie des Sciences, Séance du 18 avril 1887.)

La SOLUTION d'ANTIPYRINE du Dr CLIN d'un dosage rigoureusement exact, contient :
1 gr. Antipyrine pure par cuillerée à bouche; 0,25 cent. par cuillerée à café.
DOSE : de 1 à 3 cuillerées de Solution d'Antipyrine Clin par jour; augmenter progressivement, s'il y a lieu, en tenant compte de la susceptibilité du malade.
Exiger la Véritable Solution d'Antipyrine Clin (par l'entremise des Pharmaciens.)

1464 VENTE EN GROS : MAISON CLIN & Cie, à PARIS



COTON IODÉ

Préparé par J. THOMAS, Pharmacien de 1re Classe
Ex-préparateur de l'école supérieure de pharmacie de Paris, — **48, avenue d'Italie, Paris**

Partout où l'iode est applicable à la surface de la peau, on emploie avec de grands avantages le *coton iodé*. C'est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté, il remplace avec avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, les emplâtres émétisés, le thapsia et souvent même les vésicatoires. On a obtenu le succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris; le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genoux, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc. ont été guéris sans lésion de la peau en un court espace de temps. — *Prix du flacon en France : 3 fr. 50, — Se trouve dans toutes les pharmacies.*

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 10 MARDI 24 JANVIER 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 10 Mardi 24 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 23 *janvier* 1888.

L'Association médicale mutuelle.

L'Association médicale mutuelle du département de la Seine, assurance entre médecins en cas de maladie, tenait hier dimanche, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sa première assemblée générale. Jusqu'ici nous nous étions contentés d'ouvrir largement les colonnes de ce journal aux communications venues des promoteurs de cette association; nos lecteurs ont pu se faire de l'œuvre une idée complète, mais nous avions reproduit ces documents sans y joindre aucune note personnelle, parce que les objections seraient venues nombreuses sous notre plume et que nous préférions laisser au temps le soin de montrer lui-même la valeur de cette création. Aujourd'hui la société, laborieusement constituée, est en plein fonctionnement; devant ceux qui niaient sa vitalité, elle a marché, on peut donc la suivre et, qu'on s'enrôle ou non sous sa bannière, la suivre d'un œil très sympathique, car le but est assurément des plus louables et des plus confraternels.

Nos lecteurs se rappellent l'économie du projet. Le Dr Lagoguey, auquel reviendra tout le mérite de cette création comme il en a eu toutes les charges, a relevé dans les statistiques relatives aux sociétés de secours mutuels, dressées par le ministère de l'intérieur, ce fait que la moyenne du nombre des jours de maladie par sociétaire et par an était de cinq. Prenant pour exemple l'association établie entre les ouvriers et employés de la Compagnie du gaz, il a cherché à montrer qu'une assurance mutuelle en cas de maladie devait reposer sur cette base : que chaque sociétaire pourrait recevoir par jour de maladie le chiffre de sa cotisation mensuelle. Pour les médecins par exemple, une somme de dix francs par jour étant nécessaire en cas de maladie pour parer aux premiers besoins, la cotisation mensuelle devait s'élever à dix francs.

D'autre part, chaque sociétaire versant annuellement la valeur de douze journées de maladie et ne devant en consommer que cinq en moyenne, l'avoir de la société devait s'augmenter sans cesse de plus de la moitié du chiffre des cotisations, même en défalquant les frais d'administration, toujours peu élevés lorsque les administrateurs ne sont pas des financiers avides de gros bénéfices, mais des confrères dont le dévouement ne demande d'autre récompense que la satisfaction d'être utile à d'autres confrères.

Ceux qui ont toute confiance dans les résultats de la statistique devaient accepter immédiatement ces chiffres, et c'est ce qu'un certain nombre ont fait. D'autres, moins enthousiastes, formulaient diverses objections. Voici les principales :

Le chiffre de la cotisation, 10 francs par mois, c'est-à-dire 120 fr. par an, est bien élevé pour beaucoup de membres de la profession médicale. Les médecins ne sont pas riches : chaque année, cela est triste à dire, un certain nombre de confrères sont rayés de la liste des membres de l'Association générale des médecins de France, parce qu'ils ne peuvent payer leur cotisation annuelle de 12 francs. S'ils ne peuvent payer 12 francs par an, comment voulez-vous qu'ils en paient 120? Vous limitez ainsi votre association à un certain nombre de médecins relativement fortunés, et ce ne sont pas ceux qui ont les plus grands besoins.

Cette limitation même est un obstacle au bon fonctionnement de votre société; car, c'est très beau les chiffres, mais nous savons bien, nous autres médecins, combien il y a d'accommodements avec la statistique, et quelle élasticité elle peut offrir dans tous les sens où on veut la tirer. Vous ouvrez libéralement vos rangs à tous les confrères, jusqu'à l'âge de 55 ans, et vous ne comptez que cinq jours de maladie en moyenne chaque année ; mais qui vous dit que, précisément à vos débuts, une série de calamités ne viendra pas rendre incapables de faire leur clientèle un certain nombre de vos adhérents? Si vous êtes obligés de servir chaque année un certain nombre de pensions de 3650 francs, que deviendront vos ressources et vos beaux projets?

Puis, la répartition de vos secours est-elle réellement bien équitable? Vous donnez 10 francs par jour à un médecin arrêté en pleine vigueur et en pleine clientèle, chargé de frais énormes qu'il ne peut brusquement diminuer: cela ne comble qu'une petite partie du grand trou fait dans son budget. Si, au contraire, vous constituez, pendant de longues années, une pension de 3650 francs à un vieux confrère infirme, qui a peu à peu abandonné sa clientèle, ou que la clientèle a peu à peu abandonné, qui a peu de charges et peu de besoins, c'est assurément exagéré.

Ces objections et quelques autres nous avaient tenu jusqu'à maintenant écarté de l'Association mutuelle. Hier, cependant, au sortir de cette assemblée générale, nous avons souscrit, et voici pourquoi :

D'abord, on ne peut qu'être très sympathique aux efforts de cet excellent confrère, le Dr Lagoguey, dont la ténacité, le dévouement méritent tous les éloges ; puis l'objection principale, le peu de chance de vitalité de cette association, tombe devant les faits. Il y a un an, au 1er janvier 1887, peu de temps après la constitution de la société, il y avait 29 adhérents ; au 1er janvier 1888, il y en avait 77. Les recettes pendant cette première période se sont élevées à 7,400 fr., les dépenses n'ont été que de 732 fr., dépenses entraînées par des frais de gestion qui vont certainement diminuer. Le bénéfice est donc de 6,668 fr. C'est-à-dire qu'il y a déjà en caisse une somme suffisante pour payer 666 journées de maladie ; cette somme doit augmenter de 60 fr. environ par an et par sociétaire ; elle doit augmenter également des intérêts de cet argent placé à 4 1/2 p. 100.

Il est vrai que cette année aucun confrère n'a demandé les secours auxquels il aurait pu avoir droit : il n'en sera pas toujours ainsi, sans cela l'association serait rapidement millionnaire. Mais d'autre part, cette association, dont le but est si louable, a bien le droit, elle aussi, de compter sur les abandons et les dons de généreux confrères comme ceux qui ont assuré la fortune de l'Association des médecins de la Seine et de l'Association générale des médecins de France.

En somme, devant une association si nouvelle pour nous, quoiqu'elle ait déjà donné d'excellents résultats en Angleterre, on avait le droit de ne pas se ranger parmi les enthousiastes de la première heure et c'est un droit dont nous avons usé ; mais actuellement, l'épreuve subie et les résultats acquis amèneront l'adhésion d'un grand nombre de confrères et nous aurons certainement à signaler l'an prochain l'augmentation du nombre des assurés parisiens, puisque, jusqu'à nouvel ordre, l'assurance mutuelle est limitée aux médecins qui exercent à Paris.

A. Chevallereau.

HOPITAL NECKER. — M. LE Pr LÉON LE FORT.

Névralgie faciale du côté droit à type épileptiforme guérie par l'élongation des nerfs frontal interne, nasal et sous-orbitaire.

(Suite et fin)

Le 6. La malade a été changée de lit et mise à l'abri des courants d'air ; les accès ont diminué de fréquence, mais il y en a toujours de huit à dix pendant la journée. L'amélioration amenée par la fara-

disation ne paraît pas pouvoir aller jusqu'à la guérison, en raison de la violence des douleurs, la malade accepte volontiers une intervention chirurgicale plus active. Je me décide à tenter d'abord l'élongation des nerfs frontaux, Je fais une incision transversale immédiatement au-dessous du sourcil et je trouve facilement le frontal interne. Je le dégage, je passe au-dessous de lui une sonde cannelée et je l'allonge de 7 à 8 millimètres environ. Je découvre ensuite le frontal externe et je dégage deux filets nerveux d'inégal volume que je dégage et dont je pratique l'élongation dans la même proportion que pour l'interne. Le petit filet nerveux placé plus en dedans se brise, l'autre résiste. Pansement humide ordinaire.

Le 8. La malade n'a eu que peu d'accès dans la journée ; mais la nuit a été très mauvaise et les crises ont été plus nombreuses et plus vives qu'avant l'opération. *Mais il importe de noter que les douleurs n'envahissent plus ni la région sus-orbitaire ni la paupière supérieure et portent seulement sur le sous-orbitaire.*

Le 9. Les accès sont restés aussi douloureux, mais ont diminué de fréquence.

Le 10. La plaie est à peu près cicatrisée, les accès restent les mêmes.

Le 16. Les accès ont diminué encore de fréquence ; ils avaient reparu comme avant le traitement, mais ils n'ont plus lieu que 20 à 25 fois par jour. *La région sus-orbitaire et la paupière supérieure sont toujours exemptes de douleur depuis l'élongation* ; on peut aujourd'hui exercer à ce niveau des attouchements et même des pressions sans amener ni douleurs, ni crises, ce qui n'existait pas avant l'élongation. La région du sous-orbitaire a conservé au contraire son excitabilité et ses contractures douloureuses. Je me décide à l'élongation du sous-orbitaire.

Le 19. Je fais à un centimètre au-dessous du rebord inférieur de l'orbite une incision oblique de haut en bas et de dedans en dehors, au niveau de la fosse sous-orbitaire. Je trouve assez facilement le nerf que j'isole au niveau de son point d'émergence ; j'engage au dessous une sonde cannelée et je pratique une alongation modérée. Au moment où je la pratique, la malade quoiqu'endormie par le chloroforme, à une légère crise de contracture dans les muscles de la face et paraît souffrir. Au moment où la malade se réveille elle a trois légers accès. Je ferme la plaie avec deux points de suture en fil d'argent et j'applique un pansement humide.

Le 20. Pendant la journée, la malade a eu huit à dix accès et deux seulement pendant la nuit, mais ils sont beaucoup moins violents et moins douloureux qu'avant l'opération.

Le 21. Six accès seulement dans les vingt-quatre heures précé-

dentes, beaucoup moins violentes. On peut sans réveiller de crises exercer des pressions sur tous les points de la face et sur la région sous-orbitaire.

Le 22. Deux accès seulement dans la journée, aucun pendant la nuit.

Le 23. Pas d'accès dans les vingt-quatre heures. La sensibilité à la douleur est conservée dans la région sous-orbitaire, mais la malade nous fait elle-même remarquer qu'on peut exercer des pressions sans éveiller de la douleur.

Cet état favorable est interrompu dans la journée suivante par l'apparition d'un certain nombre de crises légères. Cette fois encore la malade nous fait remarquer que ces accès n'ont eu lieu qu'au moment des repas, et qu'ils sont déterminés par les mouvements de mastication; mais qu'en dehors de ces conditions, elle n'a plus aucune crise, aucune douleur.

Ces accès douloureux, mais qui ne sont pas comparables à ceux qu'elle éprouvait antérieurement, s'atténuent peu à peu, même au moment de la mastication. A partir du 30 juillet, toute crise névralgique a complètement disparu.

Avant l'élongation on ne pouvait effleurer la peau de la face sans éveiller une crise, on peut exercer des pressions même assez forte sur les points sus et sous-orbitaires sans déterminer ni tic ni douleur. Cependant la sensibilité de la peau est restée intacte, ce qui ne serait pas arrivé avec la section ou la résection des nerfs.

Si, dans cette observation, le bienfait de l'élongation a été immédiat, puisque les crises ont de suite diminué considérablement de fréquence et d'intensité, cependant la guérison complète, la disparition totale de la névralgie n'a pas suivi immédiatement l'élongation, comme cela arrive dans la section. C'est également ce que j'ai observé chez un malade auquel j'ai pratiqué l'élongation du nerf radial, au dessus du coude, pour une névralgie déjà ancienne, due à la blessure du nerf par un plomb de chasse. La névralgie ne disparut complètement qu'après deux jours. Ce retard se comprend facilement.

L'élongation n'agit pas comme la section. Dans la névrotomie les rameaux périphériques ont perdu brusquement et complètement toute continuité directe avec les centres nerveux; on comprend dès lors que si la section a été faite au delà du point d'origine de la névralgie, la guérison sera immédiate; mais dans l'élongation il n'en est plus de même. La traction n'est pas et ne doit pas être assez forte pour détruire le tissu nerveux, au point d'application de l'instrument qui soulève le nerf. Il y a contusion et non destruction, et si cette contusion a pour effet la destruction moléculaire et la régéné-

ration des éléments nerveux, cette destruction n'est plus amenée par une action physique, matérielle, mais par une action vitale qui demande un certain temps pour s'exercer ; ce qu'on perd de ce côté, on le regagne largement d'un autre, puisque cette action paraît remonter vers l'origine du nerf à une certaine distance au delà du point où le nerf a été mis à nu et saisi dans l'opération. Pendant quelques jours les nerfs dentaires dont l'origine est profonde n'ont pas ressenti les effets de la traction faite au delà du trou sous-orbitaire ; mais dix jours après l'élongation, le travail de dégénération avait progressé jusqu'à leur point d'origine et les crises amenées par la mastication, crises qui ont subsisté les dernières, ont alors complètement et définitivement disparu.

Le 18 janvier 1888, cette femme rentra dans mon service pour une contusion de la face et une plaie contuse du front, amenées par une chute et siégeant précisément sur les points ou siégeait naguère la névralgie. — La malade nous apprend que, depuis sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire depuis six mois, elle n'a eu aucune douleur, aucune crise. La guérison est donc complète et peut être regardée comme définitive. Nous pouvons aussi constater que la sensibilité est restée absolument intacte dans la sphère de distribution des nerfs soumis à l'élongation.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites, par le Dr *Ferrand*, médecin de l'hôpital Laënnec (in-8°, 170 pages, Paris 1888, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs).

Dans ces leçons, le Dr Ferrand s'est appliqué « à présenter non pas une étude approfondie de chacun des types de bronchites, dont plusieurs d'ailleurs sont classiques, mais bien plutôt à faire un classement méthodique et ordonné des variétés si nombreuses et si confuses des affections des bronches ». Réunir les bronchites en groupes naturels, telle est donc la première chose à faire pour étudier les bronchites d'une façon vraiment utile. Mais sur quoi faire reposer cette classification ?

La fera-t-on reposer sur la base anatomatique? Non, car « elle ne saurait suffire, parce qu'avec un appareil comme l'appareil bronchique, elle est trop compréhensive ou trop élémentaire : trop compréhensive, en ce sens que si l'on étudie les effets de l'irritation sur l'appareil en son entier, toute division disparaît, et si l'on tentait de l'étudier dans chacun des éléments anatomiques qui entrent dans la

composition de cet appareil, la multiplicité de ces éléments conduirait à une multiplication aussi confuse qu'artificielle des variétés de la bronchite ».

Faut-il plutôt avoir recours, comme dans la phthisie pulmonaire, à une base nosologique ? Pas davantage, car si dans la phthisie on peut rechercher les bases d'une classification dans la variété des causes, ici la cause immédiate est pour ainsi dire unique, c'est elle « qu'on appelait hier encore l'irritation, et qui demain, peut-être, retrouvera ce nom. » Tout autre est la symptomatologie à laquelle donne lieu cette irritation. Aussi est-ce dans la forme des symptômes qu'on doit chercher la base pratique d'une classification des bronchites, « selon que l'irritation détermine dans les éléments de l'appareil bronchique telle ou telle modification nutritive, et qu'elle aboutit à modifier la vascularisation, la sécrétion, la nutrition intime, et enfin l'innervation des bronches. »

Aussi le Dr Ferrand divise-t-il les bronchites en bronchite congestive, bronchite catarrhale, bronchite inflammatoire et bronchite spasmodique.

Fallait-il faire un chapitre spécial pour les bronchites diathésiques ? Le Dr Ferrand ne l'a pas pensé, mais il n'a garde de les négliger et il montre « chemin faisant, et à propos de chaque forme que peut affecter l'irritation dans les bronches, comment elle se trouve liée plus spécialement à telle ou telle maladie constitutionnelle, et comment tel diathésique est voué plus spécialement à telle ou telle forme de l'irritation bronchique. »

Tel est, rapidement esquissé, le plan adopté par le Dr Ferrand dans ses leçons sur les bronchites, leçons qui trouveront, nous n'en doutons pas, le même succès que celles consacrées par le même auteur aux formes de la phthisie pulmonaire. Du reste, ce ne sont pas seulement des aperçus cliniques du plus haut intérêt que le médecin cherchera dans ces leçons, il y trouvera aussi de nombreux renseignements thérapeutiques dont il n'aura qu'à se louer dans le traitement de maladies parfois rebelles et difficiles à soigner.

E. Deschamps.

VARIÉTÉS

Laïcisation de l'hôpital de la Charité.

La laïcisation de l'hôpital de la Charité est un fait accompli. Les médecins et chirurgiens de l'hôpital de la Charité ont adressé à Mme la Supérieure des Sœurs Augustines la lettre suivante :

Madame la Supérieure des Sœurs Augustines, à l'Hôtel-Dieu.

15 janvier 1888.

Madame la Supérieure,

Avant le départ des Sœurs Augustines, si injustement renvoyées de l'hôpital de la Charité, et puisque l'administration de l'Assistance publique, qu'elles ont si longtemps et si loyalement servie, ne croit pas devoir leur adresser un mot de remerciement, veuillez agréer ic l'hommage de notre reconnaissance pour les religieuses d'élite que vont perdre nos malades.

Tout ce que nous avons tenté pour conserver à notre hôpital les Sœurs Augustines est demeuré inutile, mais elles emporteront du moins ce souvenir que les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'ont pas abandonné celles qui les ont toujours le mieux secondés. Ce témoignage de la justice que nous leur rendons adoucira pour nous l'amertume de notre impuissance.

Nous ne voulons rien ajouter. La vie de la religieuse d'hôpital est au-dessus de l'éloge. Les Sœurs hospitalières seront de longues années encore, chez tous les peuples du monde, l'expression la plus pure du dévouement et du sacrifice.

Veuillez agréer, madame la Supérieure, l'assurance de notre haute considération.

POTAIN, DESNOS, FÉRÉOL, LUYS, LABOULBÈNE et BLACHEZ, *médecins de l'hôpital de la Charité;* — TRÉLAT, A. DESPRÈS, *chirurgiens de l'hôpital de la Charité.*

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat*, sont internes titulaires, MM. :

1. Guillemin, Civel, Buscarlet, Laffitte, Thiroloix, de Saint-Germain, Pillot, Garnier, Macaigne, Lafourcade.

11. Marquezy, Macquart, Létienne, Tournier, Boulloche, Renault (Jules), Macon, Oustaniol, Rouffinet, Hallion.

21. Guyon, Prost, Lamotte, Gauly, Charrier, Philippe, Lantier, Adler, Rogues de Fursac, Achame.

31. Chipault, Sardou, Turlant, Audain, de Grandmaison, Baumgarten, Delagenière, Gibotteau, Rolland, Besançon.

41. Thérèse, Enriquez, Clavot, Critzmann, Chevalot, Mussy, Baum, Aviraguet, Ropin, Brochier.

51. Sellard, Raoult, Thomas, Lelièvre, Sauvineau, Vignerot.

Internes provisoires. — MM. :

1. Maure, Miller, Homolle, Durand, Hélary, Bouel, Gauthier, Aubert, Brisard, Delayle, Chantre.

11. Breton, Callet, Leblond, Decamp, Pescher, Ettlinger, Vialet, Dulac, Mademoiselle Edwards, Macheron.

21. Basset, Piole, Evrain, Estrada, Blaise, Gaston, Dubriset, Goupil, Huguenin, Auseher.

31. Willemin, Renault (Louis), Giles, Poivet, Glover, Pinault, Richeralle. Lévy, Barthomeuf, Duchaine.

41. Appert, Lebon, Martin, Gervais de Rouville, Marx, Camescasse.

Concours de l'externat. — 1. MM. Kusmiersky, Houde, Besancon, Moingeard, Zuber, Mayet, Delbet, Chevallet, Sée, Touche.

11. Rascol, Meslay, Charcot, Binat, Chapt, Endletz, Gallet-Duplessis, Meunier, Simonnot, Rochon-Duvignaux.

21. Meige, Walch, Lelièvre, Bergé, Javillard, Charbaut, Vatel, Pompidor, Wassieheff, Jourdan.

31. Condamy, Menard (Henri), Chaillon, Laforest, Lefèvre, Christmann, Bresard, Behr, Daudet, Basso.

41. Fauquez, Finet, Lepetit, Frey, Grandon, Sicard, Brunet, Dudefoy, Aubert, Duranti.

51. Gellé, demoiselle Kohan, Lautzenberg, Potier, Giresse, Michel. Bureau, Thiébault, Gouget, Steeg,

61. Grinda, Stalcovitz, Vaudremer, Pachon, Jayle, Tailler, Brossard, Percher, Etlinger, mademoiselle Juriakoff.

71. Voizot, Quetin, Chibret, Magniaux, Lasserre, Constantinesen, Monnier, Morestein, Blaise, Gaston.

81. Bernheim, Homolle, Adler, Boix, Caubet, Râvé, Gesland, Marie (de Bayeux), Daga, Soulier.

91. Gerron, Montboyrau, Terron, Frey (Edmond Alb.), Maurel (Pierre), Léon (Samuel) Le Joly-Senoville, Wintrebert, Cinaud, Tuvache.

101. Le Mercier, Egret, Delteil, Gasnier, Levi (Léopold), Laurent-Prefontaine, Colin (Henri), Zaguelmau, Zentler, Morax.

111. Bresset, Orenel. Pinconnat, Beaussenat, De Massary, Benoit (Paul), D'Haussy, Noir, Corbière, Hojanovitz.

121. Boyals, demoiselle Wilbonchewitch, Terbez, Malherbe, Noel, Fouré, Lejuge de Segrais, Cide, Bellemontier, Plicot.

131. Chopin, Chaintre, Lamy, Dupuy, Michaux, Peillon, Dejean de la Batie, Nogué, Fournier, Théry.

141. Coffart, Ranoquins, Carel, Petit (Clément), Saintu, Fauchon, Villeplie, Lemariey (Théodore), Sauttas, Desbrières, Belin.

151. Tissier, Nicolle, Ramadan, Papillon, Pouy, Béraux, Dauly, Eleftenion, Roullet, Taurin.

161. Bavisien, Tolmer, Tripier, Peckinez, Duchemin, Bonvallot, Druet, Hullmann, Letoux, Papillaut.

171. Guay, Darnis, Estrabault, Châumont, Gaüja, Jonis, Bellemain, Daniel, Laloy, Dufournier.

181. Bouchinet, Fougerat, Thomas, Mangin-Bocquet, Demante, Burnet, Springer, Cachan, Aymard, Piaget.

191. Vangeon, Magdeleine, Piffault, Manu, Chanut, Laplanche, Courtey, Bonnecaze, Bauzet, Bouchard.

201. Luton, Durville, Debrabant, Lefèvre, Grajou, Pactel, Marot, Vialet, Iscovesco, Azam.

211. Chevandier, Sohtein, Mignotte, Ozanon, Caron, Vigoureux, Ducourtiaux, Blin, Bouchacourt, Broussaud.

221. Jarre, Delausorne, Lecureuil, Delaporte, Hervouët, Marchadier, Diriart, Giovannoni, Rousseau, Perraudin.

231. Brager, Marie (Armand), Castellanos, Pezet, Bourbon, Cahen, Regnard (Ch.), Pornain, Menu, Jordanis.

241. Ménard (René), Jacquet, Damain, Boudaille, Dubois, Azelay, Bonnard, Brion, Carton, Thanacesco.

251. Mercier, Bonnel, Bourgogne.

Association française pour l'avancement des sciences, *fusionnée avec l'Association scientifique de France* (fondée par Le Verrier en 1864), reconnues d'utilité publique.

Conférences de Paris. — Les conférences de l'année 1888 auront lieu dans le grand amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente et 14, rue des Poitevins, les samedis à 8 h. 1/2 du soir. Elles commenceront le samedi 21 janvier. Nous donnons ci-après les titres de ces conférences qui, pour la plupart au moins, sont accompagnées de projections ou d'expériences.

Samedi 21 janvier 1888. M. A. Verneuil, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, ancien président de l'association : Nature et origine du tétanos.

Samedi 28 janvier. M. Maurice Albert, agrégé et docteur ès lettres, professeur au collège Rollin : Une nouvelle collection du musée du Louvre ; les statuettes de Myrina.

Samedi 4 février. M. de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne, vice-président de l'association : Le monde de la mer et ses laboratoires.

Samedi 11 février. M. Napoli, chef du laboratoire des essais au chemin de fer de l'Est : La téléphonie. — La téléphonie à grande distance.

Samedi 18 février. M. G. Berger, directeur général de l'exploitation de l'Exposition internationale de 1889 : l'Exposition universelle de 1889.

Samedi 25 février. M. Raphaël Blanchard, agrégé à la Faculté de médecine de Paris : Les ennemis de l'espèce humaine. Une page d'hygiène alimentaire.

Samedi 3 mars. M. Rolland, ingénieur au corps national des mines : l'Oued-Rir' et la colonisation française au Sahara.

Samedi 10 mars. M. Eiffel, vice-président de la Société des ingénieurs civils : Les grandes constructions métalliques.

Samedi 17 mars. M. Daymard, ingénieur en chef de la Compagnie générale Transatlantique : Les progrès récents de la navigation à vapeur.

Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au secrétariat, 28, rue Serpente, de 9 heures du matin à 5 heures du soir, à partir du 15 janvier.

Les membres fondateurs et les membres perpétuels qui le demanderont

pourront avoir des places numérotées; mais on en disposera si elles ne sont pas occupées dix minutes avant l'ouverture de la séance.

Pour cette année, deux personnes seront admises sur la présentation d'une carte. Des cartes d'abonnement, donnant droit à une place dans l'enceinte réservée, pourront être obtenues au prix de 5 francs pour la série des conférences de 1888.

Des cartes gratuites, valables pour une séance, seront délivrées au secrétariat dans la semaine qui précédera chaque conférence; elles seront accordées de préférence aux personnes dont les demandes seront appuyées par un membre de l'Association.

On ne sera admis dans la salle de la conférence que sur la présentation des cartes spéciales délivrées cette année.

Le produit de la patente des médecins en France. — D'une publication faite par M. P. Leroy-Beaulieu, il résulte que la profession médicale paie au fisc, pour la patente, la somme de 12,384,930 francs, ainsi répartie : 11,757,612 sont payés par 11,886 docteurs en médecine ou en chirurgie, et 627,318 par 2,882 officiers de santé.

Remèdes homœopathiques. — Le *Prager med. Woschensc.* du 21 décembre dernier emprunte l'histoire suivante à un journal de Berlin : Quelques médecins homœopathes étant arrivés à la conviction que la plupart des pharmaciens exécutaient leurs ordonnances avec une solution de sucre de lait dans de l'eau alcoolisée résolurent de tenter une expérience décisive. Ils cherchèrent des noms latins ayant une certaine ressemblance avec des noms de médicaments et s'arrêtèrent aux suivants :

Tuber cinereum, Urticaria rubra, Pemphigus foliaceus, Madoroma fraudulentum (Calvitie simulée).

Ils firent alors des prescriptions avec ces noms et, pour plus de vraisemblance, ordonnèrent en même temps quelques préparations homœopathiques comme Aconit, Silicea, Pulsatilla, etc. Ces ordonnances furent envoyées aux 89 pharmacies que compte la ville de Berlin et dont 12 seulement refusèrent de les exécuter; sur ces 12, la plupart ne tenaient point de remèdes homœopathiques ; dans un grand nombre des 77 autres, les préparations revinrent avec les noms soigneusement inscrits sur les étiquettes.

58 pharmacies fournirent ainsi tuber cinereum 5e dilution; 16 pharmacies, urticaria rubra 3e dilution; 3 pharmacies, pemphigus foliaceus 3e dilution, et 7 pharmacies, madoroma fraudulentum 3e trituration. Quelques pharmacies fournirent sans difficulté deux ou trois fois ces remèdes, aussi souvent qu'on leur rapporta l'ordonnance.

Notre confrère de Prague ajoute que les homœopathes de Berlin auraient bien dû expérimenter si le madoroma fraudulentum 3e trituration n'agissait pas aussi bien que tous les remèdes de la pharmacopée homœopathique. Tout cela lui rappelle l'histoire de ce pharmacien qui avait livré de l'eau distillée à la place d'une dilution quelconque et auquel son médecin homœopathe vient dire qu'il avait dû se tromper « car le médicament était trop fort ».

Bulletin de la mortalité *du 8 au 14 janvier* 1887. — Fièvre typhoïde, 33. — Variole, 8. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 24. — Phthisie pulmonaire, 169. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses et autres, 60.

Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 58. — Paralysie, 0. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 81.

Bronchite aiguë et chronique, 104. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 124.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 62.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 34. — Suicides et autres morts violentes, 31. — Autres causes de mort, 209. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 1127. — Résultat de la semaine précédente : 1138.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Alexandre Maloine, librairie médicale et littéraire,
91, boulevard Saint-Germain, 91
Près la Faculté de médecine, vis-à-vis la cour du Commerce.

Vient de paraître : **Exposé pratique du traitement de la rage par la méthode Pasteur.** Historique. Communications. Technique. Résultats, par le Dr J.-R. Suzor. Ouvrage précédé d'une lettre autographe de M. Pasteur, in-8° avec figures. Prix : 5 francs.

—

Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine,
place de l'Ecole-de-Médecine.

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome I, 2e fascicule. Colonne vertébrale. Cou. Membre supérieur. Poitrine. Un volume in-8° de 850 pages avec 61 figures. Prix : 6 francs.

—

La neuvième édition du manuel opératoire de Malgaigne, revue par le professeur Le Fort, vient de paraître. La première partie comprenant les *opérations générales*, est considérablement augmentée, et illustrée de nouvelles figures. M. Le Fort y a notamment ajouté une introduction très développée traitant *des théories microbiennes* et *des pansements antiseptiques*, et une partie nouvelle sur la *prothèse des membres*. — Tel qu'il est, cet ouvrage classique depuis plus de cinquante ans, et toujours au courant du progrès de la science, est indispensable aux praticiens aussi bien qu'aux étudiants. La deuxième partie comprenant les *opérations spéciales* paraîtra dans le courant de l'année 1888 (l'ouvrage complet en 2 volumes 16 fr., Félix Alcan éditeur).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. | N° 11 | JEUDI 26 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 11 Jeudi 26 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 25 janvier 1888.

La communication faite, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, sur le diagnostic du cancer de l'estomac par les réactifs chimiques, a donné lieu à quelques objections de la part de MM. Constantin Paul et Dujardin-Beaumetz. M. Germain Sée a immédiatement répondu. Il semble résulter de ce débat que le signe dit de Rommelaere, en s'en tenant aux conditions invoquées par M. Rommelaere, peut avoir une grande importance; c'est-à-dire que, dans les cas de maladies chroniques de l'estomac, lorsque les malades continuent à manger, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a ni marasme ni cachexie, l'abaissement notable du chiffre de l'urée dans les urines apporte une grande présomption en faveur de l'existence du cancer. D'autre part, la disparition de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, disparition décelée par la réaction de la phloroglucine vanilline, est un signe à peu près à certain de cancer de l'estomac.

Un autre point en discussion à l'Académie était le traitement du furoncle et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées, traitement proposé dans la dernière séance par M. le professeur Verneuil. Tous les orateurs qui ont pris hier la parole ont été d'un avis différent du chirurgien de la Pitié. M. Le Roy de Méricourt doute absolument du rôle des microbes dans la production du furoncle et de l'anthrax, et il croit que, dans le traitement de M. Verneuil, l'eau agit non parce qu'elle est phéniquée, mais parce qu'elle est pulvérisée.

M. Perrin n'invoque pas davantage l'existence des microbes et il guérit ses furoncles non par l'acide phénique mais par la balnéation prolongée dans l'eau pure, quoique les eaux dites pures ne le soient jamais.

M. Le Fort fait toujours avorter les furoncles par un petit coup de lancette ; et il faudrait être bien heureux et bien adroit pour aller ainsi, constamment et du premier coup, tuer le fameux microbe, le staphylococcus aureus, cause de tout ce dégât.

M. Trélat a déjà écrit, il y a vingt-deux ans, dans l'article Anthrax du Dictionnaire de Jaccoud, qu'il y avait anthrax et anthrax, que, dans les cas moyens ou légers, les moyens chirurgicaux n'étaient pas nécessaires, mais que, dans les cas graves, il fallait débrider et débrider largement.

Nous avions donc quelque raison de dire, il y a eu huit jours, que nous serions bien étonnés si tout le monde partageait l'avis de l'éminent chirurgien de la Pitié. A. Ch.

Colique néphrétique à symptômes insolites

Par M. Rendu,
Agrégé, médecin de l'hôpital Necker.

Le 30 décembre dernier se présentait à la consultation de Necker un homme robuste, âgé de 55 ans, qui paraissait en proie à de vives souffrances. Il racontait que, la veille au soir, sa journée de travail finie, il remontait l'escalier de son logis, quand il avait été pris d'une douleur violente dans le testicule droit, étendue bientôt aux reins et à l'abdomen. Dans la nuit, il avait eu un vomissement et une garde-robe, celle-ci accompagnée de coliques et d'un peu de diarrhée. Depuis les souffrances avaient été en augmentant sans nouvelle émission de matières fécales.

Le malade était apyrétique, et cette histoire de douleur initiale testiculaire avec irradiation au ventre et vomissements était si classiquement celle du début d'une colique néphrétique que je portai sans hésiter ce diagnostic.

Le lendemain, les choses avaient changé et le diagnostic, si évident la veille, paraissait beaucoup moins clair. Le malade se présentait en effet avec le facies abdominal, les yeux creux, la figure tirée, le teint terreux : il était tourmenté par une soif vive et la langue était sèche. Par dessus tout un ballonnement énorme distendait la paroi du ventre. Depuis son entrée à l'hôpital le malade n'avait pas uriné, il n'avait même, disait-il, rendu ni garde-robe, ni gaz. L'aspect général était celui d'une péritonite ou d'une obstruction intestinale.

L'examen des signes physiques donnait les résultats suivants :

Le ventre était uniformément distendu, sans pointer en avant comme dans les obstructions de l'intestin grêle, et sans déborder latéralement comme dans celles du gros intestin; on ne voyait pas se dessiner sous la paroi abdominale les anses intestinales, et la palpation ne développait pas ces mouvements de contraction et de repta-

tion des anses, si caractéristiques dans certains cas d'étranglement interne. La masse intestinale semblait plutôt immobilisée comme dans la péritonite.

La palpation révélait un maximum de douleur très manifestement localisé au niveau de la fosse iliaque, vers la région de l'appendice cœcal, et en ce point la souffrance était presque intolérable, ce qui rendait l'examen difficile. La percussion donnait un tympanisme considérable à ce niveau, mais en déprimant lentement la paroi, il semblait qu'on sentît profondément une résistance circonscrite, comme cela se voit au début d'une typhlite.

Tous ces signes étaient en quelque sorte contradictoires. Le ballonnement uniforme du ventre et l'immobilité des anses intestinales donnait l'idée de la péritonite que démentait l'absence de vomissements et surtout l'absence de fièvre. La localisation de la douleur à la région iléo-cœcale faisait songer à une typhlite, mais le ballonnement du ventre était bien considérable, étant donné que cette affection ne faisait que débuter : la fièvre manquait, ce qui ne se voit presque jamais dans les inflammations cœcales à début brusque. Restait l'hypothèse de l'obstruction intestinale, que semblaient justifier l'apparence générale, l'aspect abdominal du malade, l'apyréxie, la constipation absolue et l'anurie : mais que démentaient la forme du ventre, l'absence de vomissements et l'immobilité des anses intestinales.

Sans oser catégoriquement me prononcer, j'éliminai l'hypothèse d'obstruction intestinale et de péritonite, et je restai indécis entre une colique néphrétique et une typhlite. Je fis appliquer huit sangsues sur la région du cœcum, un large cataplasme laudanisé, et je prescrivis une potion fortement opiacée pour diminuer la douleur abdominale.

Dans la nuit, les souffrances furent vives, mais moindres que la nuit précédente ; et le lendemain matin, le malade rendit, à ma vive satisfaction, un calcul d'acide urique, mamelonné, de la grosseur d'un pois environ. Il s'agissait donc d'une colique néphrétique, et je m'attendais à voir tomber en quelques heures tous les symptômes abdominaux.

Il n'en fut rien : malgré l'émission du calcul, le ventre demeura météorisé et douloureux, avec le même caractère : on sentait manifestement la résistance que l'on soupçonnait la veille.

Un purgatif de 10 grammes d'eau-de-vie allemande fut administré le 2 janvier, qui amena une débâcle énorme de matières fécales. Il y avait évidemment rétention stercocale, et c'est ce qui donnait lieu à ces phénomènes de météorisme et de douleur cœcale.

Malgré le soulagement produit par cette évacuation, le ventre resta encore tendu et ballonné, mais de moins en moins douloureux,

pendant deux jours : à partir du 5 janvier, il commença à s'affaisser ; et le 9, le malade quittait l'hôpital absolument guéri.

J'insisterai spécialement, dans cette observation, sur les points suivants :

1° La complexité des symptômes dus à la superposition de deux conditions morbides, la présence du calcul dans l'uretère et l'accumulation des matières dans le cœcum.

2° L'importance respective des deux signes : l'un, la douleur testiculaire, répondant à la colique néphrétique dès sa phase initiale. l'autre, la douleur iliaque exagérée par la pression, indiquant l'engouement stercoral.

3° La valeur de l'apyrexie, qui permettait d'éliminer la péritonite franche et même la typhlite vraie, car il y avait plutôt, en ce cas, rétention fécale qu'inflammation du cœcum.

4° Il est permis de se demander si l'éclosion simultanée des symptômes néphrétiques et intestinaux n'a été qu'une coïncidence fortuite. Pour moi, je ne le crois pas. Voilà un homme qui, au moment où éclatait la douleur testiculaire, indiquant l'engagement du calcul dans l'uretère, n'avait aucun malaise abdominal : au bout d'une nuit de souffrances atroces, les phénomènes de tympanisme apparaissent. Il me paraît absolument rationnel de supposer que, sous l'influence de la douleur excessive due au passage du calcul, il s'est produit d'une façon réflexe une paralysie intestinale qui, plus encore que la coprotase, a donné lieu aux phénomènes de pseudo-étranglement que nous avons notés. Pareille chose s'observe dans tous les états douloureux du plexus abdominal, qu'il s'agisse d'un étranglement herniaire, d'un pincement d'intestin, d'une simple colique hépathique saturnine au néphrétique, parfois même d'un rein mobile. Telle est, suivant moi, la pathogénie de ce complexus morbide, qui peut présenter, comme on le voit, de réelles difficultés de diagnostic au lit du malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 *janvier* 1888.—*Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Hanriot, candidat dans la section de physique et de chimie ; 2° une lettre de M. Bertrand, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine navale de Toulon, qui prie l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (Accepté) ; 3° une note manuscrite de M. Mathis, chef des travaux cliniques à l'école vétérinaire de Lyon, sur la dysenterie des jeunes

chiens ; 4° une série de travaux envoyés pour les concours des prix Monbine et Saint-Paul.

Durée de l'isolement des écoliers atteints de maladies contagieuses. — M. *Ollivier* présente à l'Académie les nouvelles conclusions de son rapport sur la durée de l'isolement des élèves des lycées et collèges atteints de maladies contagieuses. Ces conclusions sont textuellement les mêmes que les précédentes, avec cette différence qu'aux maladies déjà énumérées M. Ollivier a joint la coqueluche.

Les maladies de l'estomac jugées par un nouveau réactif chimique. — M. *Dujardin-Beaumetz* n'accepte pas la définition des dyspepsies formulée par M. Germain Sée. Toutes les perturbations apportées aux organes digestifs sont des dyspepsies. D'autre part, on ne peut se baser sur le seul examen chimique du suc gastrique pour formuler un traitement pharmaceutique. On devra s'efforcer désormais d'établir les signes cliniques de chacune des affections de l'estomac dans le cours desquelles la dyspepsie peut se montrer, mais à titre absolument secondaire. M. Dujardin-Beaumetz ne croit pas en effet que l'étude chimique du suc gastrique puisse remplacer l'étude des symptômes et servir de base au traitement.

M. *Germain Sée* répond aux objections de M. Dujardin-Beaumetz. La dilatation, c'est tout ou rien, c'est toute la dyspepsie ou un simple trouble moteur. M. Bouchard a rendu un très grand service en montrant la fréquence de la dilatation dans les maladies de l'estomac, mais il faut compléter cette œuvre en montrant l'importance relative de la dilatation de l'estomac, et c'est alors qu'il est nécessaire de pratiquer l'examen chimique du suc gastrique C'est dans ce but que M. Germain Sée a employé un réactif très précieux.

M. Dujardin-Beaumetz est venu parler de l'acidité du suc gastrique. L'acidité provient de l'acide lactique et des fermentations secondaires, il ne sert donc à rien pour faire digérer. M. Sée ne dit que le suc gastrique est mauvais que lorsqu'il a été examiné plusieurs fois et dans les circonstances les plus diverses.

Le cancer de l'estomac n'est pas la seule maladie qui puisse faire disparaître l'acide chlorhydrique du suc gastrique. Cet acide disparaît également dans le cas de dyspepsie muqueuse de longue durée.

M. Constantin Paul est étonné de me voir douter de la valeur du signe dit de Rommelaere. M. Rommelaere a dit, il y a quelques années, qu'un signe certain du cancer de l'estomac était l'abaissement du chiffre de l'urée dans les urines. Il y a eu sur ce sujet une discussion il y a quelques années à la Société médicale des hôpitaux. M. Albert Robin a montré que l'urée ne diminuait pas toujours dans le cancer de l'estomac, tandis que, chez d'autres individus qui n'ont

pas de cancer, l'urée peut offrir un abaissement très notable : ce sont les inanitiés, les marastiques.

M. Brouardel a publié, il y a quelques années, un travail dans lequel il attribuait au foie la production de l'urée. Il n'est donc pas étonnant que, dans les maladies chroniques du foie, même de simples kystes, on observe une forte diminution de l'urée. Mais la grande cause de l'abaissement du chiffre de l'urée, c'est l'insuffisance de l'alimentation.

M. *Constantin Paul* reconnaît tout le premier les efforts que fait M. Sée pour éclairer la pathologie de l'estomac et des dyspepsies en particulier, mais ce qu'a dit M. Rommelaere, c'est ceci : s'il y a une maladie chronique de l'estomac et si le malade mange, s'il y a dans les urines une grande diminution du chiffre de l'urée, il y a de grandes probabilités pour l'existence du cancer de l'estomac. Ce n'est pas là un signe mathématique, mais M. C. Paul a pu très souvent constater son importance. Il faut pour cela se mettre dans les conditions dans lesquelles s'est mis M. Rommelaere. Il n'y a là rien d'absolu ; la formule : absence d'urée, cancer, n'a jamais été prononcée.

M. *Laborde*, au point de vue physiologique, ne veut pas laisser dire que la présence de l'acide chlorhydrique soit nuisible dans l'estomac. L'acide chlorhydrique n'existe pas dans le suc gastrique à l'état physiologique. C'est l'acide lactique que l'on trouve par l'analyse chimique. La méthode des colorants donne à ce point de vue des résultats constants et probants.

M. *Sée*. Pendant la digestion, on voit se produire d'abord l'acide lactique, et l'acide chlorhydrique n'apparaît qu'au bout de trente ou quarante minutes.

M. *le Président* annonce que l'Académie se formera en comité secret à la fin de la séance pour entendre la lecture du rapport de M. Trasbot sur les candidats au titre de correspondant (3e division).

A la fin de la prochaine séance, l'Académie se réunira également en comité secret pour entendre le rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant (1re division).

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la quatrième division. La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Moitessier ; en deuxième ligne, M. Engel ; en troisième ligne, M. Barnsby ; en quatrième ligne, M. Charpentier ; en cinquième ligne, M. Soubeiran ; en sixième ligne, M. Lacour-Eymard.

Pour la première place, sur 55 votants, majorité 28, M. Moitessier

est élu au premier tour par 43 voix contre 7 à M. Barnsby et 5 à M. Soubeiran.

Pour la seconde place, sur 55 votants, majorité 28, M. Engel est élu au premier tour par 38 voix contre 9 à M. Barnsby, 7 à M. Soubeiran et un bulletin blanc.

DU TRAITEMENT DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX PAR LES PULVÉRISATIONS PHÉNIQUÉES. — M. *Le Roy de Méricourt.* M. Verneuil nous a dit qu'à l'aide d'un courant de vapeur phéniquée on pouvait rapidement arrêter le développement d'un anthrax. Il pense que ce moyen thérapeutique peut faire avorter le travail phlegmoneux. Un médecin de marine, M. Planchon, a plusieurs faits à ajouter à ceux de M. Verneuil.

Il faudrait faire le départ des divers éléments de cette thérapeutique et voir si l'eau pulvérisée simple ne suffirait pas ou si, comme le pense M. Verneuil, la pénétration de l'acide phénique est favorisée par la buée.

M. Le Roy de Méricourt a beaucoup de peine à faire intervenir dans un grand nombre de cas les microbes, alors que l'action vitale suffit parfaitement. A la suite d'un grand chagrin, un homme très vigoureux a eu brusquement un anthrax et depuis six mois les anthrax se sont succédé chez lui.

Au début de sa carrière navale, pendant une expédition, M. Le Roy de Méricourt a vu brusquement une épidémie de furoncle sévir sur l'équipage, en traversant la ligne, alors que la température très élevée amenait une forte hypérémie du côté de la peau. Ces faits ne sont pas favorables à la croyance aux microbes.

La buée peut donc agir par elle seule, ou bien l'acide phénique joue un rôle anesthésique. S'il s'agissait de faire pénétrer rapidement dans l'anthrax cet antiseptique si puissant, il serait beaucoup plus simple de faire l'injection dans la tumeur même, comme on le fait avec la teinture d'iode.

M. *Perrin*, au lieu de pulvérisations phéniquées, emploie la balnéation prolongée dans l'eau chaude. Il se rattache à ce fait un point de doctrine pour lequel l'orateur n'accepte pas l'interprétation de M. Verneuil. C'est merveille de voir les modifications rapides que la balnéation apporte dans la région envahie par un anthrax. Le malade se trouve tellement bien dans le bain qu'il a de la peine à le quitter ; la nuit, la balnéation est remplacée par un cataplasme d'empois froid sous lequel le calme continue.

Plus la balnéation est prolongée, plus la guérison est rapide.

Cette méthode n'est malheureusement pas très applicable dans les anthrax des lèvres, de la face ou même de la nuque.

Pour les tumeurs, ce qu'il y a d'efficace dans la méthode, c'est

l'acide phénique. L'orateur au contraire emploie simplement de l'eau chaude pour faire disparaître du terrain envahi les microbes pathogènes.

M. *Le Fort*. Il y a dans l'acide phénique un élément qu'il ne faut pas oublier, c'est l'action anesthésique qui peut déjà rendre compte du soulagement apporté.

Un second point est de voir jusqu'à quel point le traitement de M. Verneuil peut amener la disparition de l'anthrax. Il y a un certain nombre d'anthrax pour lesquels il paraît difficile d'éviter les moyens chirurgicaux.

M. Lefort, dès le début du furoncle ou de l'anthrax, plonge une lancette à travers la peau et pénètre jusque dans le tissu cellulaire. Cela fait à coup sûr avorter le furoncle. Comme pansement il emploie des compresses imbibées d'eau mélangée d'un peu d'alcool camphré.

Si avec une lancette on peut faire avorter un furoncle, il est difficile de croire que la pointe de la lancette a justement été tuer le microbe pathogène, le staphylococcus aureus. C'est donc là un argument contre la nature toujours microbienne du furoncle ou de l'anthrax.

M. *Constantin Paul* demande à M. Verneuil si, par sa méthode, on évite la succession des furoncles.

M. *Verneuil* abandonne d'emblée la question du paratisisme sur lequel on n'arriverait pas à s'entendre ; il est absolument persuadé que l'acné, le furoncle et l'anthrax ne sont que des formes de la même maladie causée par un parasite.

Les pulvérisations d'acide phénique agissent par l'action anesthésique et comme parasiticide ; quant à l'action de l'humidité, elle est douteuse, car le cataplasme est bien le type de l'humidité, et cependant, s'il y a quelque chose de déplorable dans le traitement de l'anthrax, ce sont assurément les cataplasmes.

Les injections sous-cutanées d'acide phénique seraient très longues à faire ; de plus, elles seraient très douloureuses, tandis que les pulvérisations phéniquées ne le sont nullement.

M. Verneuil est absolument partisan de la balnéation prolongée : il est sans doute un de ceux qui ont le plus contribué à son emploi ; mais l'eau seule est quelquefois bien sale, et M. Verneuil, qui croit au parasitisme, croit préférable d'employer, au lieu d'eau chaude, de l'eau phéniquée. La pulvérisation convient depuis le commencement jusqu'à la fin : le traitement ne diffère que par la dose d'acide phénique et par la durée des séances.

M. Le Fort connaît très bien le pouvoir anesthésique du spray : il est en effet certain. M. Le Fort croit qu'on a exagéré les reproches

faits au bistouri. Les coups de bistouri soulagent peut-être, mais ils sont très douloureux..

Quant à la question de M. C. Paul, M. Verneuil n'a pas encore suivi assez de malades pour pouvoir y répondre. Il croit cependant que la généralisation du furoncle sera beaucoup moins commune que par les autres procédés de traitement : en effet, toute la région voisine est également désinfectée par les pulvérisations phéniquées.

M. *Laborde* rappelle que l'acide phénique agit, non pas seulement comme anesthésiant, mais aussi en provoquant la contraction des petits vaisseaux.

M. *Trélat* a écrit, il y a vingt-deux ans, dans l'article Anthrax du Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, qu'il n'y avait pas un anthrax mais des anthrax, que le traitement ne pouvait être toujours le même et que, dans les petits et les moyens anthrax, on pouvait ne pas faire le traitement chirurgical.

Depuis l'introduction des antiseptiques, nous avons vu les furoncles et les anthrax perdre ce qu'ils avaient de plus dangereux : septicémie, infection purulente. Ce qu'on trouve encore, ce sont des masses gangréneuses purulentes au centre des grands anthrax ; dans ce cas il faut opérer dans le temps le plus court possible à l'aide d'incisions.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE, par le professeur *S. Jaccoud*, Paris 1888, in-8°, 315 pages, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Dans ces leçons faites à l'hôpital de la Pitié en 1886-1887, M. le professeur Jaccoud aborde un certain nombre de sujets fort différents : l'infection typhoïde maligne, l'infection palustre, la granulose suffocante, la tuberculose pneumonique, l'hémoptysie avec tuberculose consécutive, le froid comme cause de pneumonie, l'endocardite infectieuse suite de pneumonie, la fluxion de poitrine, le pneumothorax traumatique, les rapports de la grossesse avec les maladies du cœur, le cancer de l'estomac, le cancer abdominal, la goutte saturnine, le coma diabétique, etc.

Dans plusieurs de ces leçons, fièvre typhoïde, pneumonie, tuberculose, comme dans plusieurs autres leçons publiées antérieurement, M. le professeur Jaccoud est amené à parler du rôle des microbes dans la pathologie humaine, et montre qu'il est loin d'en être l'adversaire, comme on le lui a reproché. « Ce reproche est vraiment fait pour surprendre, dit-il, parce qu'il pèche par une double étourderie :

d'une part, je ne l'ai justifié ni par mes paroles, ni par mes écrits ; d'autre part, il vise une impossibilité, car on ne peut être l'adversaire d'un fait ; or, la présence et le rôle des microbes dans un grand nombre de maladies sont un fait, et des mieux établis. »

Mais ce que M. le professeur Jaccoud refuse d'admettre, c'est qu'on supprime le malade au profit du microbe, qu'on veuille réduire l'étiologie à la pénétration des microbes du dehors dans l'organisme, qu'on veuille restreindre le diagnostic et le pronostic à la constatation et à l'appréciation des microbes, qu'on prétende, en un mot, transformer la médecine humaine en médecine microbienne.

Voyons, par exemple, ce qui se passe dans la pneumonie. Faut-il faire table rase de l'ancienne étiologie, et ne faut-il pas conserver au refroidissement la place qu'il occupait avant la découverte des pneumocoques ? M. le professeur Jaccoud ne le pense pas. Il nous présente en effet deux cas (10e leçon) « dans lesquels une pneumonie mortelle a éclaté dans les vingt-quatre heures qui ont suivi un refroidissement brusque, subi dans des conditions toutes différentes, par deux individus de constitution robuste et en pleine santé. Dans ces deux cas, les pneumocoques ont été constatés, tant dans les crachats que dans l'exsudat pulmonaire. Comment interpréter leur présence ? Faut-il donc admettre que ces microbes ont envahi l'organisme au moment précis où il s'est refroidi ? » M. le professeur Jaccoud repousse cette hypothèse, et, se fondant sur les recherches de Fraenkel et de Netter, qui ont plusieurs fois trouvé le pneumocoque dans la salive normale, il admet que les microbes ne sont pas venus du dehors, qu'ils existaient préalablement chez ces individus ; « cantonnés dans la salive, ils étaient innocents ; la perturbation organique résultant du refroidissement les a rendus diffusibles et nuisibles. » C'est là un cas très net d'auto-infection ou d'infection intrinsèque.

On ne peut donc pas être l'adversaire des microbes. Mais ce qu'il faut faire, c'est repousser les théories, tout en s'inclinant devant les faits. « Je recherche les faits, écrit M. le professeur Jaccoud, je m'efforce d'en augmenter le nombre, je les étudie et les interprète avec le triple secours de la pathologie générale, de la clinique et du laboratoire ; et je suis certain que, par l'accumulation même des faits ainsi étudiés, la vérité se fera jour telle que je l'entrevois, telle que je l'enseigne, dans le sens d'une étroite et parfaite conciliation entre la médecine traditionnelle et les découvertes contemporaines. »

Si nous laissons maintenant de côté la pathogénie et les microbes, et que nous envisagions la clinique pure, nous trouvons encore de précieux enseignements dans les leçons de M. le professeur Jaccoud. Prenons par exemple la 14e leçon intitulée : grossesse et maladie du cœur. Dans cette leçon, le professeur Jaccoud étudie la question du

mariage pour les femmes affectées de lésions organiques du cœur, et distingue deux groupes de cas :

« Dans le premier groupe, la lésion valvulaire, bien et dûment démontrée par les signes physiques, n'a jamais produit d'accidents. » Dans ces conditions, M. Jaccoud ne voit « aucune raison valable pour interdire le mariage, si la personne intéressée le désire. »

« Dans le second groupe, la lésion du cœur a produit déjà des accidents sérieux, confinant de plus ou moins près à l'asystolie. Même alors il n'y a pas de règle absolue... En pareille occurrence, il faut considérer la nature des accidents antérieurement provoqués par la cardiopathie : s'il s'agit d'accidents pulmonaires, il faut être plus sévère que s'il s'agit simplement d'œdème ou de congestion hépatique ; — il faut considérer en outre comment ces accidents ont été supportés par la malade, comment elle s'en est remise ; — il faut aussi tenir grand compte de l'effet que pourra produire l'interdiction sur la personne intéressée, de son désir ou de son indifférence à l'endroit du mariage. Il y a là une appréciation complexe, dont les éléments non médicaux doivent être pris en sérieuse considération ; — enfin il faut tenir compte, avec une égale attention, des conditions dans lesquelles la femme passera le temps de sa grossesse. » Doit-elle vivre de la vie ordinaire et se fatiguer par le travail, il faut interdire le mariage ; est-elle, au contraire, en situation d'éviter toute fatigue et de garder le repos aussi complètement que cela est nécessaire, on peut l'autoriser.

M. Jaccoud est, on le voit, très éloigné de donner une réponse uniforme à la question du mariage pour les personnes affectées de lésions organiques du cœur.

Nous pourrions multiplier les citations et prolonger cette analyse, mais nous croyons avoir suffisamment montré par ce qui précède tout l'intérêt du nouveau volume de M. le professeur Jaccoud.

D[r] E. DESCHAMPS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 30 janvier au 4 février 1888.

Lundi 30. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ch. Richet, Reynier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Déjerine.

Mardi 31. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Peyrot. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Jaccoud, Fernet, Raymond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Cornil, Proust, Joffroy.

Mercredi 1er. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Delens, Segond. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Pouchet, Villejean. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Landouzy, Chauffard.

Jeudi 2. — Dissection : MM. Panas, Polaillon, Quenu. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 3e examen doctorat, oral (1re partie). : MM. Duplay, Tarnier, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Legroux, Troisier. — 4e examen, doctorat : MM. Dieulafoy, Fernet, Quinquaud.

Vendredi 3. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Fournier, Marc Sée, Remy. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Chauffard, Brissaud. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Trélat, Budin, Reclus.

Samedi 4. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quenu. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Proust, Hutinel, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Polaillon, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Tarnier, Bouilly, Schwartz.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le docteur Louis-Paul Crouzet, maire de Bolbec (Seine-Inférieure), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES a commencé samedi la série des conférences qui avaient été fondées par l'Association scientifique de France, avec laquelle elle est maintenant fusionnée. Cette conférence a eu lieu dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, qui est en voie d'installation, mais où, grâce à une grande activité, il avait été possible de disposer de cet amphithéâtre. La conférence était faite par M. le professeur Verneuil, de l'Institut, qui avait choisi pour sujet : *Le Tétanos, sa nature et son origine* ; elle a été écoutée attentivement par un public nombreux qui a prodigué de chaleureux applaudissements au conférencier.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 12 SAMEDI 28 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
...LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 12 Samedi 28 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

Quelques travaux récents sur la digestion.

Dans une récente communication faite à l'Académie de médecine (1), le professeur G. Sée a montré tout le parti qu'on pouvait tirer de l'examen chimique du suc gastrique, au point de vue du traitement des dyspepsies, en limitant les recherches à la présence de l'acide chlorhydrique. Mais, pour pouvoir apprécier les variations quantitatives de cet acide dans le suc gastrique, il fallait avoir en main un réactif des plus sensibles et des plus sûrs ; le professeur Sée a donné la préférence à la phloroglucine vanilline indiquée par Gunzburg ; une goutte de la solution de ce réactif colore en rouge une solution d'acide chlorhydrique et laisse déposer des cristaux de même couleur. Les recherches importantes faites antérieurement par Riegel reposaient sur la réaction que donne le violet de méthyle dans le suc gastrique normal, cette réaction faisant défaut toutes les fois que la propriété digestive de ce suc se trouve compromise. La contre-épreuve de ces expériences était faite au moyen des réactifs physiologiques, c'est-à-dire de la digestion artificielle ; les réactifs colorants sont d'ailleurs destinés à démontrer la présence ou l'absence de l'acide chlorhydrique. Voici les résultats qu'a obtenus Riegel par cette méthode :

Absence d'acide chlorhydrique et disparition de la propriété digestive du suc gastrique dans cinq cas de cancer de l'estomac constatés par l'autopsie.

Dans un cas, l'emploi de l'acide chlorhydrique avait seulement pour conséquence d'abaisser la formation de l'acide lactique dans l'estomac, sans augmenter le pouvoir digestif. Même résultat par le réactif colorant dans 11 cas de cancer stomacal non constatés à

(1) V. *France Médicale*, N° 8.

l'acide phénique. L'orateur au contraire emploie simplement de l'eau chaude pour faire disparaître du terrain envahi les microbes pathogènes.

M. *Le Fort.* Il y a dans l'acide phénique un élément qu'il ne faut pas oublier, c'est l'action anesthésique qui peut déjà rendre compte du soulagement apporté.

Un second point est de voir jusqu'à quel point le traitement de M. Verneuil peut amener la disparition de l'anthrax. Il y a un certain nombre d'anthrax pour lesquels il paraît difficile d'éviter les moyens chirurgicaux.

M. Lefort, dès le début du furoncle ou de l'anthrax, plonge une lancette à travers la peau et pénètre jusque dans le tissu cellulaire. Cela fait à coup sûr avorter le furoncle. Comme pansement il emploie des compresses imbibées d'eau mélangée d'un peu d'alcool camphré.

Si avec une lancette on peut faire avorter un furoncle, il est difficile de croire que la pointe de la lancette a justement été tuer le microbe pathogène, le staphylococcus aureus. C'est donc là un argument contre la nature toujours microbienne du furoncle ou de l'anthrax.

M. *Constantin Paul* demande à M. Verneuil si, par sa méthode, on évite la succession des furoncles.

M. *Verneuil* abandonne d'emblée la question du paratisisme sur lequel on n'arriverait pas à s'entendre; il est absolument persuadé que l'acné, le furoncle et l'anthrax ne sont que des formes de la même maladie causée par un parasite.

Les pulvérisations d'acide phénique agissent par l'action anesthésique et comme parasiticide; quant à l'action de l'humidité, elle est douteuse, car le cataplasme est bien le type de l'humidité, et cependant, s'il y a quelque chose de déplorable dans le traitement de l'anthrax, ce sont assurément les cataplasmes.

Les injections sous-cutanées d'acide phénique seraient très longues à faire; de plus, elles seraient très douloureuses, tandis que les pulvérisations phéniquées ne le sont nullement.

M. Verneuil est absolument partisan de la balnéation prolongée: il est sans doute un de ceux qui ont le plus contribué à son emploi; mais l'eau seule est quelquefois bien sale, et M. Verneuil, qui croit au parasitisme, croit préférable d'employer, au lieu d'eau chaude, de l'eau phéniquée. La pulvérisation convient depuis le commencement jusqu'à la fin: le traitement ne diffère que par la dose d'acide phénique et par la durée des séances.

M. Le Fort connaît très bien le pouvoir anesthésique du spray: il est en effet certain. M. Le Fort croit qu'on a exagéré les reproches

faits au bistouri. Les coups de bistouri soulagent peut-être, mais ils sont très douloureux.

Quant à la question de M. C. Paul, M. Verneuil n'a pas encore suivi assez de malades pour pouvoir y répondre. Il croit cependant que la généralisation du furoncle sera beaucoup moins commune que par les autres procédés de traitement : en effet, toute la région voisine est également désinfectée par les pulvérisations phéniquées.

M. *Laborde* rappelle que l'acide phénique agit, non pas seulement comme anesthésiant, mais aussi en provoquant la contraction des petits vaisseaux.

M. *Trélat* a écrit, il y a vingt-deux ans, dans l'article Anthrax du Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, qu'il n'y avait pas un anthrax mais des anthrax, que le traitement ne pouvait être toujours le même et que, dans les petits et les moyens anthrax, on pouvait ne pas faire le traitement chirurgical.

Depuis l'introduction des antiseptiques, nous avons vu les furoncles et les anthrax perdre ce qu'ils avaient de plus dangereux : septicémie, infection purulente. Ce qu'on trouve encore, ce sont des masses gangréneuses purulentes au centre des grands anthrax ; dans ce cas il faut opérer dans le temps le plus court possible à l'aide d'incisions.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique médicale, par le professeur *S. Jaccoud*, Paris 1888, in-8°, 315 pages, A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Dans ces leçons faites à l'hôpital de la Pitié en 1886-1887, M. le professeur Jaccoud aborde un certain nombre de sujets fort différents : l'infection typhoïde maligne, l'infection palustre, la granulose suffocante, la tuberculose pneumonique, l'hémoptysie avec tuberculose consécutive, le froid comme cause de pneumonie, l'endocardite infectieuse suite de pneumonie, la fluxion de poitrine, le pneumothorax traumatique, les rapports de la grossesse avec les maladies du cœur, le cancer de l'estomac, le cancer abdominal, la goutte saturnine, le coma diabétique, etc.

Dans plusieurs de ces leçons, fièvre typhoïde, pneumonie, tuberculose, comme dans plusieurs autres leçons publiées antérieurement, M. le professeur Jaccoud est amené à parler du rôle des microbes dans la pathologie humaine, et montre qu'il est loin d'en être l'adversaire, comme on le lui a reproché. « Ce reproche est vraiment fait pour surprendre, dit-il, parce qu'il pèche par une double étourderie :

berger supposa que devait intervenir dans cette rapide digestion des féculents, l'action des germes atmosphériques ou des champignons amylolytiques déposés dans le tube digestif ou enfin de ferments contenus dans les aliments.

Goldschmidt a en effet trouvé dans la salive un ferment figuré qui peut accroître encore son action. Mais l'auteur est surtout amené à croire que ces ferments en quelque sorte supplémentaires se trouvent dans les aliments, ou à leur surface. C'est ainsi que l'avoine renfermerait un ferment que détruit la chaleur de l'ébullition, mais qui possède des propriétés amylolytiques à la température du sang ; par là s'explique comment l'estomac digère plus d'amidon que le ferment salivaire ne peut en dissoudre ; c'est aussi ce qui permet de comprendre comment la salive mixte mélangée aux aliments dans la bouche est plus active que la salive qu'on recueille dans les conduits glandulaires. Une conséquence importante de ces recherches est qu'une partie des processus digestifs est influencée par les ferments introduits par les aliments et par l'air.

Georg Sticker a cherché à démontrer une corrélation entre la sécrétion salivaire et la sécrétion gastrique, exprimée surtout par ce fait que le défaut d'action de la salive buccale entraîne la suppression de la sécrétion stomacale. Il cite à l'appui de sa thèse l'observation d'une personne souffrant de troubles digestifs, ayant la bouche sèche, des selles irrégulières. L'examen du contenu stomacal montra que la digestion des féculents et des matières protéiques se faisait d'une manière insuffisante : il y avait diminution de l'acide chlorhydrique. Les troubles disparurent rapidement après l'emploi du jaborandi et l'examen stomacal indiqua une richesse plus grande d'acide chlorhydrique. Réciproquement, chez un individu dont la sécrétion gastrique était anormalement acide, la suppression de la salive produisait généralement une diminution de la sécrétion chlorhydrique et ralentissait la digestion. L. Jumon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. *Championnière* présente un catgut fait avec trois boyaux tressés ; il est plus solide, même à l'état sec, que tous les autres catguts.

M. *Pozzi* présente les pièces d'une hémato-salpingite simple ; il a enlevé l'ovaire du côté opposé.

Désarticulation du coude et traumatisme grave chez une femme enceinte. — Pas d'influence sur la marche de la grossesse, par

M. *Jeannel* (de Toulouse). — M. *Marchand*. Il s'agit d'une femme qui avait une fièvre traumatique légère et qui n'a pas avorté.

M. Marchand fait observer que les accidents septicémiques vrais sont seuls capables de produire l'avortement, et que la fièvre traumatique primitive, quoique étant souvent d'origine septicémique, ne suffit pas pour déterminer l'avortement.

M. *Terrier*. Je crois qu'il s'agit d'une fièvre infectieuse et non d'une fièvre traumatique. Je trouve que dans le cas de M. Jeannel ce n'est pas une fièvre traumatique primitive aseptique.

M. *Marchand* fait observer qu'il a dit que la fièvre traumatique primitive est le plus souvent septicémique.

Ostéomyélite chez l'adulte. — M. *Berger*. Il s'agit d'une femme adulte atteinte d'ostéomyélite aiguë, qui entra dans mon service, et à laquelle je fis la désarticulation de la hanche et qui succomba.

On connaît depuis longtemps l'origine infectieuse, et depuis quelque temps l'agent infectieux de l'ostéomyélite.

On ne connaît pas bien exactement la porte d'entrée de cet agent. On sait que les expériences nécessitent, pour réussir, que l'on soit dans la période de développement des os, comme chez l'enfant et l'adolescent.

Peut être mon observation pourra-t-elle jeter un peu de jour sur les conditions de développement.

Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui s'était peut-être un peu fatiguée avant d'entrer à l'hôpital. A ce moment, elle fut atteinte d'un épanchement du genou, qui fut pris par mes internes pour une tumeur blanche suppurée.

Il y avait un commémoratif : c'est que, trente ans auparavant, il s'était développé dans son genou malade une lésion assez grave pour faire demander au père de faire amputer sa fille. Le genou était cependant revenu à son état normal.

Je pensai donc à une ostéomyélite avec épanchement du genou et abcès circonvoisin.

J'ouvris ce dernier, qui me conduisit, non sur l'articulation, mais sur l'os dénudé. Je fis une arthrotomie le lendemain, et je vis des lésions osseuses assez profondes pour exiger l'amputation. Je la fis le lendemain, mais je trouvai du pus dans les interstices musculaires, dans le périoste, et même dans le canal médullaire. Je fis alors la désarticulation de la hanche.

L'état septique persista, et la malade mourut le quatrième jour ; il y avait des suppurations dans la plèvre, le péritoine, etc.

M. Berger fait remarquer que les cas d'ostéomyélite, observés chez l'adulte, se développent sur des os autrefois malades et hyperostosés.

Or, chez ma malade, je n'ai rien trouvé de semblable. Mais ce fait démontre que les cas de poussées d'ostéomyélite chez l'adulte se développent sur des os chez lesquels il y a des poussées quelquefois assez peu marquées, qui peuvent passer inaperçues ou sur des sujets qui ont eu d'autres os malades.

J'ai relevé, dans la thèse de Lemoine, des cas d'ostéomyélite chez l'adulte, et j'ai pu retrouver des antécédents de poussées d'ostéomyélite chez presque tous les malades dont il rapporte l'observation.

M. *Bouilly*. J'ai observé deux cas d'ostéomyélite chez l'adulte. Dans un premier cas, il s'agit d'une dame de 35 ans qui fut prise d'accidents de nature typhoïde, vers la mi-décembre 1886; elle fut soignée pour ce fait. Mais, vers le 15 janvier, on remarqua un gonflement du côté de la hanche et de la suppuration.

Or, je trouvai dans les antécédents une boiterie.

L'abcès fut ouvert. Je trouvai dans le pus des gouttelettes huileuses. Je trouvai l'os dénudé. Je fis une trépanation de l'os, et fis sortir un liquide d'apparence splénique.

Le résultat immédiat fut très bon. La cicatrisation fut longue.

Il y avait donc eu ici aussi un antécédent dans l'enfance, comme dans le cas de M. Berger.

J'ai observé le deuxième cas, à Rueil, chez un Anglais qui avait souffert dans les reins sans qu'on pût savoir à quoi attribuer la douleur.

Puis vint un abcès de la cuisse qui fut ouvert et on trouva l'os dénudé. Malheureusement le malade fut mal soigné et il succomba à des accidents septicémiques pour lesquels je fus appelé, mais beaucoup trop tard.

M. *Lannelongue*. L'ostéomyélite primitive de l'adulte est une affection rare. C'est effectivement une maladie non seulement de l'adolescence mais de l'enfance. Celle-ci laisse toujours une trace quelconque de son existence, des caries ou des fistules, des séquestres, des hyperostoses.

Si les malades ne présentent pas de traces de l'ostéomyélite dans l'enfance, c'est qu'on est en présence d'un ostéomyélite primitive de l'adulte. On trouve un assez grand nombre de ces cas. Il y a donc chez l'adulte une ostéomyélite primitive comme chez l'enfant ou l'adolescent.

Généralement il y a toujours des portes d'entrée: elles sont quelquefois bien minimes. Ce sont quelquefois des lésions insignifiantes, des fissures qui peuvent passer inaperçues.

M. *Trélat*. Je citerai quelques exemples qui viennent à l'appui de ce que vient de dire M. Lannelongue.

Je viens d'amputer la cuisse à un homme de 59 ans venu à l'hôpital pour une affection de l'extrémité supérieure du tibia à marche

subaiguë. C'est un exemple d'ostéomyélite subaigu de l'adulte. Six ans auparavant il était tombé sur le genou, il n'en était rien resté à l'examen du membre amputé. Nous avons trouvé un os hyperostosé sans pus.

L'année dernière, j'ai vu un homme, de 25 ans environ, qui se plaignit d'une douleur à la face postérieure de l'avant-bras. Au bout de quelques jours gonflement léger. Je fis une incision. Mais les phénomènes continuèrent : je fus obligé de faire la désarticulation de l'épaule. Il mourut le 4e jour. C'était une ostéomyélite aiguë. Pas de porte d'entrée.

Dernièrement j'ai amputé de la cuisse un homme qui avait une vieille ostéomyélite de l'enfance, et qui était entré pour une hydarthrose ; bientôt des accidents fébriles surviennent ; je fais l'arthrotomie. La température montait toujours ; je fus obligé de faire l'amputation de la cuisse. C'était un cas d'ostéomyélite prolongée avec poussée aiguë.

M. *Le Fort*. M. Trélat vient de citer des faits que nous voyons de temps en temps. Le cas de M. Berger est plus rare : il rentre dans les cas observés par Chassaignac, où l'os est atteint dans la totalité.

J'ai apporté ici une clavicule enlevée par suite d'ostéomyélite totale.

Or, cette forme primitive chez l'adulte débute par des accidents typhoïdes.

M. *Reclus*. Dans la recherche des antécédents chez des individus atteints d'ostéomyélite, il ne faut pas s'attendre à trouver des antécédents sérieux ou graves. Quelquefois ils sont insignifiants.

J'observe en ce moment-ci un malade de 27 ans, intelligent, ayant manifestement de l'ostéomyélite prolongée, qui m'a dit qu'il y a sept ans il avait eu quelques douleurs simplement au niveau du point malade.

J'ai cru que les lésions étaient localisées et qu'il s'agissait d'un abcès douloureux de l'épiphyse. J'ai fait une trépanation et suis tombé sur un abcès qui avait 7 centimètres de long ; j'ai été obligé de réséquer une des parois dans toute l'étendue de l'abcès.

Quinze jours après il paraissait guéri ; il a été pris de douleurs, j'ai recommencé ; et j'ai, en poursuivant le mal et en ouvrant quatre abcès, été obligé d'évider ainsi près du tiers du tibia.

M. *Le Dentu* présente les moules de la malade dont il a parlé et à laquelle il a pratiqué la tarsectomie : ils montrent l'étendue de la déformation et l'excellence du résultat.

M. *Marchant* présente un malade auquel il a libéré le sciatique poplité externe emprisonné dans un cal de fracture de l'extrémité supérieure du tibia. P. Bazy.

BIBLIOGRAPHIE

—

TRAITÉ CLINIQUE DES FIÈVRES LARVÉES, par le Dr *Albert Tartenson*, in-8°, 262 pages, Paris 1887, F. Alcan, éditeur.

Dans ce volume, le Dr Albert Tartenson comprend, sous le nom de fièvres larvées, « des maladies toujours fébriles, qui, ayant la même origine que les fièvres intermittentes et se guérissant par les mêmes moyens, se dissimulent, se masquent (*larva*, masque) et cachent leur véritable nature sous des apparences trompeuses qui, le plus souvent, les laissent méconnaître. » Pour lui, « le poison paludéen, au lieu d'engendrer des fièvres intermittentes simples ou des fièvres pernicieuses, peut, par suite d'anomalies encore inexpliquées, donner naissance à des troubles fonctionnels plus ou moins persistants, revêtant les formes les plus diverses et simulant à peu près toutes les maladies. Par exemple, les fièvres larvées prendront aussi bien les apparences d'un léger malaise, d'un simple coryza ou d'une névralgie, que d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ou d'une méningite. »

N'est-il pas remarquable, en effet, que la pneumonie et la méningite « apparaissent par poussées périodiques ou plutôt saisonnières, puis se ralentissent et disparaissent en même temps. Quand le nombre de fièvres intermittentes augmente, il en est de même des pneumonies et des méningites, et inversement. » Que de pneumonies, ou plutôt de maladies décorées du beau nom de pneumonies, ne seraient pour le Dr Tartenson que des fièvres larvées ! et combien de malades ont succombé parce que le médecin n'a pas su voir qu'il y avait quelque chose d'anormal dans cette pneumonie, qui n'était autre qu'une manifestation de l'impaludisme.

De même de la méningite aiguë. Lorsque les antécédents et les prodomes n'indiquent point les tubercules, il ne faut pas gratuitement leur attribuer les accidents, à défaut d'une cause étiologique satisfaisante et sous le prétexte que la méningite n'étant pas simple, puisqu'on ne découvre pas la cause provocante, doit être forcément tuberculeuse. Il est plus sage de reconnaître que le cas est anormal, de chercher, et on arrivera ainsi à poser le diagnostic de fièvre larvée.

Mais possède-t-on un moyen de reconnaître les fièvres larvées et existe-t-il un traitement capable de les guérir ? Oui, nous dit le Dr Tartenson, ce moyen et ce traitement existent ; ils appartiennent désormais à la pratique médicale, et son but, en publiant ce traité, est justement de les indiquer et d'en développer tous les motifs. Les éléments de la fièvre larvée grave sont la marche anormale des symp-

tômes et la température, car, toujours d'après le Dr Tartenson et contrairement à l'opinion de Grisolle pour lequel ces maladies ne devraient pas, à la rigueur, être appelées fièvres, puisqu'aucun phénomène pyrétique ne les accompagne, *toujours* donc les fièvres larvées graves s'accompagnent d'une température qui varie entre 39 et 41 degrés centigrades.

Quant au traitement, il consiste à combattre l'élément paludéen par son véritable et unique spécifique, le quinquina, et à soustraire le malade à l'influence miasmatique.

E. Deschamps.

Exposé pratique du traitement de la rage par la méthode Pasteur, par le Dr J. R. *Suzor*, petit in-8°, 272 pages, Paris, 1888. A. Maloine, éditeur.

Malgré l'opposition de quelques rares médecins, opposition qui ne désarmera jamais, la question de la prophylaxie de la rage après morsure semble aujourd'hui résolue. « Les résultats statistiques obtenus depuis deux ans à l'Institut Pasteur et les expériences corroborantes d'un grand nombre de savants étrangers sont des preuves suffisantes, et les meilleures des preuves, de l'efficacité de la nouvelle méthode ». Aussi le Dr Suzor a-t-il pensé que ce serait faire œuvre utile que « de réunir toutes les communications de M. Pasteur sur la rage. Jusqu'à ce jour, elles étaient restées éparses dans un grand nombre de comptes rendus et de journaux où il était difficile de les retrouver. Ces communications sont les seuls documents pouvant servir à l'étude de la nouvelle méthode qui aient été livrés au public par M. Pasteur. Il n'y sera pas ajouté grand'chose dans l'avenir. » Le Dr Suzor complète d'ailleurs ce travail en ajoutant aux communications de M. Pasteur un tableau général de la rage avant M. Pasteur, et aussi de la technique, et des diverses parties du traitement tel qu'on peut le voir appliquer tous les jours.

Dans un premier chapitre, il nous présente un résumé historique et descriptif de la rage, depuis les temps les plus anciens jusqu'à l'année 1880 : rage du lapin, rage du chien furieuse et mue, rage du chat, rage humaine convulsive et paralytique, fréquence de la rage suivant les saisons, etc.

Le deuxième chapitre contient les différentes communications de M Pasteur.

Le troisième chapitre est consacré à la technique et aux résultats statistiques.

Cet ouvrage se termine par quelques remarques fort intéressantes, et dont le grand sens critique n'échappera à personne, et par un appendice fort instructif qui renferme un certain nombre de documents étrangers, parmi lesquels nous nous bornerons à signaler le rapport

de la commission anglaise sur le traitement de la rage par la méthode Pasteur, déjà publié dans le *Bulletin médical.*

L'ouvrage du Dr Suzor est, on le voit, un exposé fort complet de la question, exposé que voudront lire tous ceux qu'intéresse ce grave problème de la prophylaxie de la rage et qui ne peuvent se procurer les nombreuses publications sur ce sujet, éparses dans la science.

E. DESCHAMPS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Lundi* 30, à 1 heure. — M. SECHEYRON : De l'hystérectomie vaginale. *Président* : M. Lannelongue. — M. KADDOUR : Des pneumonies dans les opérations d'extirpation du sein. *Président* : M. Lannelongue.

Mardi 31, à 1 heure. M. DE GIMARD : Purpura hémorrhagique. *Président* : M. Grancher.—M. BAISLE : De la guérison de la pseudo-paralysie syphilitique. *Président* : M. Grancher.

Mercredi 1er, à 1 heure. — M. GALLON : Du carcinome latent de l'estomac et du carcinome à forme fruste. Étude clinique et chimique. *Président* : M. Damaschino. — M. GÉRARD : Des injections vaginales chaudes prolongées dans le traitement des péritonites chroniques. *Président* : M. Damaschino.

Jeudi 2, à 1 heure. — M. MEYVILLE : Traitement de certaines hernies dites irréductibles. *Président* : M. Le Fort. — M. LE ROY DE LANGEVINIÈRE : Des températures morbides de l'estomac et de leur interprétation dite clinique. *Président* : M. Peter. — M. PLESARD : Contribution à l'étude de l'hémianesthésie saturnine.

NOUVELLES

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. —Par arrêté en date du 13 janvier 1888 : Sont nommés aux emplois de médecins en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, créés par l'arrêté du 7 janvier 1888, M. le docteur Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône), M. le docteur Rey, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).

M. le docteur Donnet, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. le docteur Bigot, décédé. M. le docteur Donnet est maintenu dans la première classe du cadre.

LE CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ, sous la présidence du professeur Brouardel, a discuté les conditions d'introduction en France des viandes abattues d'origine étrangère. Sur le rapport du Dr Charrin, le Conseil a déclaré qu'il n'y avait pas lieu d'exiger la présentation des viscères avec les quartiers de viande pour l'espèce ovine. Cette obligation existera au contraire pour l'espèce bovine. Toutefois, les filets et aloyaux seront exempts de cette condition.

Le Conseil a discuté ensuite la question des mesures à prendre pour empêcher l'emploi des couleurs dangereuses dans la fabrication des jouets d'enfants. Il a émis le vœu que le garde des sceaux poursuivît, non les détaillants, mais les fabricants.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — La troisième session du congrès français se tiendra du 12 au 17 mars, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès : I. De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses). — II. De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive. — III. Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Lievant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs. — IV. De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes et de la prophylaxie.

Toutes les communications devront être adressées à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général du Congrès de chirurgie, 10, place Vendôme.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, prix Ernest Godard en 1888. — Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard, la Société de Biologie décernera, à la fin de l'année 1888, un prix de 500 francs au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la Biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aurait pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard.

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES ET LES MALADIES CHRONIQUES. — Le Dr Max Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 28 janvier, à 9 heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera le mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Ce cours sera fait en douze leçons.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 15 *au* 21 *janvier* 1888. — Fièvre typhoïde, 37.— Variole, 6. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 39. — Phthisie pulmonaire, 177. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses et autres, 55.

Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 66. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 64.

Bronchite aiguë et chronique, 88. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 136.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 62.
Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.
Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 45. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 225. — Causes inconnues, 11.
Nombre absolu de la semaine : 1167. — Résultat de la semaine précédente : 1127.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

—

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le Dr LABADIE-LAGRAVE médecins des hôpitaux, etc., tome X. Urologie clinique et maladies des reins, par Labadie-Lagrave, un fort volume in-8°, avec 43 fig. intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie, 18 fr.
Avis. Les tomes 1 à 5 sont en vente, le tome 6 paraîtra fin janvier.

—

Librairie Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie,
108, boulevard Saint-Germain.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1880-1881 par le Dr PÉAN, 1 fort vol. in-8° avec figures dans le texte, 25 fr. Ce volume forme le tome V des leçons du Dr Péan. Les 4 premiers volumes se vendent chacun séparément 20 francs.

—

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège, par le docteur N. CHARLES, professeur d'accouchements et chirurgien-directeur de la Maternité. — 2 vol. gr. in-8° avec 285 figures, 15 fr.

De l'albuminurie intermittente cystique ou maladie de Pavy, par le Dr MERLEY, ex-interne des hôpitaux de Saint-Etienne. — Paris, 1887, gr. in-8°, 120 figures, 2 fr. 50.

—

Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par Alice SOLLIER, née Mathieu DUBOIS. — Un volume in-8° de 180 pages, avec 32 figures. Prix : 4 fr.

—

Alexandre MALOINE, librairie médicale et littéraire,
91, boulevard Saint-Germain, 91
Près la Faculté de médecine, vis-à-vis la cour du Commerce.

Vient de paraître : **Exposé pratique du traitement de la rage par la méthode Pasteur.** Historique. Communications. Technique. Résultats, par le Dr J.-R. SUZOR. Ouvrage précédé d'une lettre autographe de M. Pasteur, in-8° avec figures. Prix : 5 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.



...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. Nº 13 MARDI 31 JANVIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
... et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. . . . . 15 fr.
UNION POSTALE. . . 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, ...esseur de clinique chirurgicale, ...mbre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER, ...fesseur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

...resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 13 Mardi 31 Janvier 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Des abcès profonds et lointains consécutifs à l'anthrax (1).

par M. le professeur VERNEUIL.
Membre de l'Institut.

On savait depuis longtemps que le furoncle et l'anthrax, affections cutanées locales à leur début, peuvent plus tard, à la manière des maladies générales, provoquer des accidents graves, allant jusqu'à la mort inclusivement et démontrant jusqu'à l'évidence l'envahissement de l'organisme tout entier.

On rapportait ces accidents, il y a quelques années encore, soit à la violence de l'inflammation locale, soit à la septicémie ou à la pyohémie, parties de la tumeur de la peau comme d'une plaie.

En 1880, notre illustre secrétaire perpétuel, M. Pasteur, découvrit la nature microbienne des affections qui nous occupent et montra qu'elles étaient anatomiquement caractérisées par la présence du *Staphylococcus pyogenes aureus*, auquel était dû, d'autre part, le développement de l'ostéomyélite infectieuse.

Cette constatation aurait pu faire comprendre comment l'affection locale devenait maladie générale. Il eût suffi de démontrer la pénétration du microbe en question dans le torrent circulatoire et son arrêt dans les différents points de l'organisme. Mais, par malheur, cette démonstration ne fut pas faite, car on ne parvint jamais à rencontrer le *Staphylococcus aureus* dans le sang de la circulation générale (Cornil et Babès, les *Bactéries*, art. *Anthrax*).

Je n'ai pas été plus heureux que les autres, mais je puis, par une voie différente, prouver que le microbe de l'anthrax est capable d'être transporté à distance et de coloniser loin de son foyer initial, ce qui ne peut se faire que par l'intermédiaire du torrent circulatoire.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Je suis arrivé à cette démonstration moitié par l'observation clinique et moitié par les procédés de laboratoire. Les auteurs qui ont écrit sur l'anthrax ont noté, sans y insister et comme en passant, la formation d'abcès survenus plus ou moins loin de la lésion primitive, et plus ou moins longtemps après son apparition ; mais ils n'ont pas exposé la pathogénie de cette complication. Ayant observé dans mon service un cas de ce genre, j'ai voulu en profiter pour étudier la question de l'infection anthraco-furonculeuse, et j'ai été assez heureux pour voir mes prévisions se réaliser.

Léontine C..., 42 ans, femme de ménage, entre dans mon service le 9 novembre 1887, pour un abcès de la partie supérieure de la cuisse.

Cette femme, d'apparence chétive, jouissait cependant d'une assez bonne santé, lorsqu'elle fut atteinte, dans les derniers jours d'octobre, d'un anthrax de la nuque, du volume d'un œuf de poule, très douloureux, accompagné de fièvre et de symptômes généraux.

Le cinquième jour, Léontine C. se rendit à pied à la consultation d'un médecin, qui incisa d'abord la tumeur avec le bistouri, puis exerça des pressions fortes et réitérées pour en faire sortir les bourbillons. Ces manœuvres furent extrêmement pénibles et, tout en amenant un soulagement local, accrurent le malaise général.

Le lendemain, une douleur très vive se manifesta vers le pli de l'aine gauche, rendant la marche impossible ; après quelques jours passés chez elle sans soins suffisants, la malade se fit transporter à l'hôpital.

Le 10 au matin, nous reconnaissons à l'angle externe du triangle de Scarpa un empâtement profond, mal limité, encore peu saillant, mais présentant à son centre une fluctuation obscure. Nous diagnostiquons un abcès en voie de formation, indépendant de la gaine des vaisseaux et des ganglions inguinaux. Les mouvements volontaires sont très difficiles ; la cuisse est portée dans la flexion, l'abduction, la rotation en dehors, comme dans la coxalgie ; cependant l'articulation coxo-fémorale elle-même ne paraît pas malade.

Le thermomètre marque 38° le matin et plus de 39° le soir ; peau chaude, face animée, pouls fébrile, anorexie, soif, mauvais sommeil, grande faiblesse.

La plaie de l'anthrax du cou est complètement cicatrisée.

J'attends que la fluctuation soit plus manifeste et la collection moins profonde. Enfin, le 14, je ponctionne l'abcès, en extrais environ 60 gr. de pus et pousse dans la cavité purulente 20 gr. d'éther iodoformé pour stériliser la paroi.

La fièvre et le malaise persistent et le liquide se reproduit rapidement. Le 18, l'abcès étant incisé au bistouri, j'y place un drain

de bout et j'en lave soigneusement la cavité avec un liquide antiseptique.

Les jours suivants, les injections sont continuées, la poche est presque vide, le pus séreux, rare, est absolument sans odeur; cependant l'état général ne s'améliore pas et la température reste toujours élevée, dépassant tous les soirs 39°.

Le 23, j'administre l'antipyrine à la dose de 4 gr. par jour en deux quarts de lavement, donnés l'un le matin et l'autre le soir; la fièvre tombe aussitôt et l'apyrexie continue les jours suivants (1).

Pour abréger ce récit, je me bornerai à dire qu'il me fallut drainer l'abcès et placer la malade dans une gouttière de Bonnet pour corriger l'attitude vicieuse que tendait à prendre le membre inférieur gauche, mais qu'enfin la guérison était obtenue dans le commencement de janvier.

Voici maintenant le complément fourni par les recherches microbiennes. A l'heure où j'ouvrais l'abcès, je priai l'un de nos internes les plus instruits et les plus distingués, M. le Dr Gilbert, d'une compétence reconnue dans ce genre de recherches, de vouloir bien recueillir du pus pour l'examiner et soumettre à l'épreuve des cultures les mono-organismes qu'il rencontrerait. Voici la note qu'il a bien voulu me remettre :

« J'ai recueilli dans le service de M. Verneuil, le 14 novembre 1887, le pus d'un abcès de l'aine consécutif à un anthrax du cou. L'ensemencement de ce pus m'a fourni des cultures pures de *Staphylococcus pyogenes aureus*. »

Donc, nul doute que ce microbe n'ait été transporté de la nuque au triangle de Scarpa et, après l'anthrax du cou, n'ait fait naître un *anthrax* du tissu conjonctif de la cuisse.

Je terminerai en rappelant un autre exemple d'abcès éloigné et profond, se produisant à la suite d'un anthrax, non pas soudainement et par le mécanisme de l'auto-inoculation traumatique, mais sous l'influence de causes générales, froid et fatigue, très capables, comme on le sait, de faire naître, renaître et multiplier les manifestations des maladies infectieuses (2).

M. P..., docteur en médecine de 32 ans et de bonne constitution, fut atteint, du 15 au 31 août 1871, de trois orgeolets des paupières les deux premiers à gauche, le troisième à la paupière inférieure droite.

(1) C'est un des deux cas dont j'ai sommairement entretenu l'Académie dans la courte discussion qui a suivi la lecture du travail de M. A. Robin sur l'antipyrine.

(2) J'emprunte cet extrait à une observation inédite envoyée à la Société de Chirurgie par un chirurgien distingué de province, M. le Dr Ledru, de Clermont-Ferrand.

Le 1er septembre, apparition d'un furoncle de la lèvre supérieure du même côté; puis enfin, développement, encore à droite, d'un anthrax de la joue qui, après incision, est complètement guéri le 16 septembre.

Pour arrêter cette furonculose, M. P... part, le 18 septembre, pour Châtel-Guyon, où il commence une cure purgative en ingérant quatre à cinq verres d'eau tous les matins et en prenant un bain de piscine.

Le résultat est nul, car l'appétit ne revient pas et le teint reste jaune. De plus, M. X... commet quelques imprudences; dans les premiers jours, il fait à pied trois excursions longues et fatigantes; une autre fois, sortant du bain par un mauvais temps, il séjourne dans une galerie, exposé aux courants d'air.

Enfin, quelques jours plus tard, le 27 septembre, surpris pendant une excursion par un vent très intense et une pluie abondante, il dut se réfugier et s'asseoir dans une excavation de rocher où l'eau suintait de toute part.

Trente heures après, dans la nuit du 28, frisson violent, fièvre brûlante, douleur très vive dans la région lombaire gauche; mêmes symptômes le lendemain.

Le 30, M. P... quitte Châtel-Guyon et revient chez lui, où il s'alite pour plusieurs mois. Les accidents aigus, en effet, avaient pour cause un volumineux abcès occupant le flanc gauche depuis l'hypochondre jusqu'à la fosse iliaque, et qui ne guérit qu'en avril, grâce aux soins les plus attentifs et les plus assidus.

Voilà donc un sujet robuste qui, atteint successivement des divers degrés de la furonculose : orgeolet, furoncle, anthrax, dont il guérit facilement d'ailleurs, tente, pour couper court à ces éruptions successives, une saison thermale.

Voulant remédier sans doute aux troubles digestifs qu'avait laissés après elle l'infection anthracique, il choisit malencontreusement une station d'eau purgative; non moins imprudemment, il se surmène par des marches excessives, et s'expose itérativement au froid, sans soupçonner qu'il porte encore en lui et dans son torrent circulatoire même les germes latents de l'anthrax à peine épuisée, lesquels germes, retrouvant dans cet organisme fatigué un milieu propice, et aidés d'ailleurs par l'action du froid, si favorable à l'introduction, la diffusion et la prolifération de la plupart des microbes, s'arrêtent, s'inoculent, se multiplient dans un espace conjonctif très distant du mal initial, et y font naître une collection purulente avec tout le cortège symptomatique des phlegmons les plus violents.

Il est difficile, je crois, de trouver une observation clinique plus précise et se rapprochant davantage d'une expérience de laboratoire.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. — Le D[r] P. *Redard*, après avoir expérimenté les divers procédés thérapeutiques proposés dans le traitement des tumeurs érectiles et cirsoïdes, pense que l'électrolyse présente sur les autres une supériorité incontestable. Cette méthode, découverte, en 1862, par Ciniselli, de Crémone, est cependant peu employée, et cela surtout parce que la méthode paraît compliquée, que les appareils électriques sont imparfaits, d'un prix élevé, et que les galvanomètres d'intensité ne permettent pas d'apprécier exactement les courants; on accuse en outre l'électrolyse d'être un traitement trop douloureux, produisant des cicatrices vicieuses et des suppurations prolongées.

M. Redard, dans une communication faite au Congrès de Washington, veut au contraire montrer que, grâce à une technique opératoire régulière, l'électrolyse donne des guérisons rapides sans accidents, et que tous les médecins sont à même de l'exécuter avec facilité et sécurité.

L'appareil instrumental nécessaire consiste dans une pile à courants continus, un galvanomètre d'intensité bien gradué, des aiguilles en or ou en platine d'un demi-millimètre de diamètre et de huit à dix centimètres de longueur.

L'enfant opéré doit être soigneusement immobilisé; l'opération durant quelques minutes à peine et étant peu douloureuse, le chloroforme n'est généralement pas nécessaire.

Pour l'introduction des aiguilles on peut employer trois procédés, ou bien introduire les deux aiguilles dans la tumeur à peu de distance l'une de l'autre, ou bien placer l'aiguille positive seule dans la tumeur, l'autre pôle sous forme de plaque étant fixé sur un point quelconque du corps, ou bien enfin placer dans la tumeur l'aiguille négative seule.

Le choix du procédé d'introduction des aiguilles n'est pas indifférent: on sait aujourd'hui qu'au pôle positif se produit une action chimique intense, que des caillots durs, résistants, adhérents aux parois, se forment dans les vaisseaux et les oblitèrent, les tissus se rétractent et se décomposent, la peau est respectée, il n'y a pas d'escharre. Au pôle négatif, au contraire, les tissus sont cautérisés, détruits et il y a une escharre consécutive; les caillots sont diffluents et noirs. I faut donc employer la piqûre au moyen d'aiguilles positives, le pôle négatif sous forme de plaques étant fixé aussi près que possible de la tumeur.

L'aiguille doit être plongée obliquement à la périphérie. M. Re-

dard recommande de plonger quatre aiguilles positives à la fois, reliées par des fils courts au fil principal. On laisse les aiguilles en place de deux à quatre minutes, puis on les applique de nouveau en des points différents. La tumeur doit toujours être attaquée par sa périphérie. Le courant employé est généralement de quinze à dix-huit milliampères.

Pour éviter toute hémorrhagie il faut, avant de retirer l'aiguille, renverser pendant quelques secondes le courant et le ramener à zéro. L'aiguille ne doit être enlevée que lorsqu'on n'éprouve plus aucune résistance.

Les séances d'électrolyse doivent être faites tous les six ou huit jours. Dès la première séance, la tumeur durcit notablement ; dès la seconde séance, on observe déjà des modifications importantes.

La peau conserve son apparence à peu près normale : dans les tumeurs érectiles de la face, il n'y a, comme cicatrice consécutive, qu'à peine une tache blanche au niveau des piqûres. La douleur est très supportable.

M. Redard termine ce travail en disant sous forme de conclusion :

L'électrolyse est la méthode de choix dans le traitement des tumeurs érectiles et cirsoïdes. Elle réussit toujours là où d'autres méthodes échouent.

Elle met à l'abri, grâce à une technique opératoire régulière, de tout accident d'eschare, de suppuration, etc.

Elle agit avec sûreté et précision. La piqûre avec l'aiguille positive seule doit être recommandée dans la majorité des cas. A. Ch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *janvier* 1888.—*Présidence de* M. Cadet de Gassicourt

Toxicité de l'acide borique. — Ses applications thérapeutiques.—M. *Gaucher*, en raison des deux qualités de l'acide borique : non-causticité et absence de saveur, a pensé que ce corps pouvait, dans certaines circonstances, être administré à l'intérieur. D'autre part, il a institué une série d'expériences pour en établir la toxicité ; de ces expériences il résulte que l'acide borique n'est pas toxique aux doses auxquelles il est nécessaire de l'employer. En applications locales, même sur la peau dénudée, son absorption est très minime et sa causticité est nulle, ce qui rend son emploi d'un grand secours en thérapeutique dermatologique. Dans l'impetigo infectieux et contagieux il n'a aucun des inconvénients de l'huile de cade et donne d'aussi bons résultats. M. Gaucher l'a employé aussi avec succès dans un

cas de tuberculose cutanée probable dont il donne une courte relation. A propos de ce fait, M. Gaucher se demande s'il n'y a pas une parenté éloigné entre l'impetigo et la tuberculose ; M. Grancher qui, à la suite de nombreuses inoculations d'impetigo, n'a réussi qu'une fois à provoquer la tuberculose chez l'animal inoculé, pense que l'organisme de l'impetigo est distinct de celui de la tuberculose. Quoi qu'il en soit, le fait a porté M. Gaucher à penser que l'acide borique pouvait être, avec avantages et sans inconvénients, administré à l'intérieur aux tuberculeux. Plusieurs phthisiques à différentes périodes à qui M. Gaucher a fait prendre, par jour, de cinquante centigrammes à un gramme d'acide borique, s'en sont bien trouvés : l'état général s'est amélioré et l'état localĭ sans être guéri, ne s'est pas aggravé. La recherche de l'acide borique dans l'urine de ces malades l'y a montré sous forme d'éther-borique. L'acide borique passe donc facilement dans l'urine. M. Gaucher pense qu'on peut dès lors remplacer les injections d'acide borique dans le traitement de la cystite par l'administration de l'acide borique à l'intérieur. M. Gaucher a administré l'acide borique à la dose quotidienne d'un gramme à plusieurs vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate avec cystite : les urines qui étaient troubles et chargées de mucopus se sont éclaircies. L'acide borique semble préférable au borate de soude qu'administrent quelques chirurgiens parce qu'il n'a pas l'astringence de ce dernier.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS. — *M. Juhel-Rénoy* vient de soigner une série de 43 typhiques par la réfrigération systématique ; les résultats obtenus l'engagent à protester contre le dédain que le corps médical parisien des hôpitaux professe pour cette méthode. Sur 43 malades, M. Juhel-Rénoy n'en a perdu que 3. Cette statistique si favorable ne saurait mériter le reproche fait à tant d'autres statistiques semblables, à savoir que les malades traités n'étaient pour beaucoup pas tous des typhiques. M. Juhel-Rénoy s'est mis à couvert de pareils reproches ; tous les cas étaient indéniables. Le traitement de ces 43 malades n'a pas exigé moins de 2 795 bains, soit 65 bains par sujet.

Pour M. Juhel-Rénoy, le bain froid prévient les hémorrhagies, les complications pulmonaires et la syncope. Le typhique traité par l'eau froide est éveillé, retrouve le sommeil, n'a qu'une diarrhée modérée ; ses urines sont claires et profuses. M. Juhel Rénoy affirme que ces bienfaits ne font courir aucun danger réel au malade. Parmi les malades de M. Juhel-Rénoy se trouvent des sujets dans les conditions les plus diverses : femmes enceintes, hystériques, alcooiques, phtisiques ; tous ont retiré de grands bienfaits de la méthode des bains froids. Une seule contre-indication : c'est la perforation intes-

tinale et la péritonite. M. Juhel-Rénoy conclut en priant ses collègues de tenter cette méthode prophylactique de la fièvre typhoïde.

M. *Dujardin-Beaumetz* regrette que M. Juhel-Rénoy ait négligé le côté théorique de la question. M. Quinquaud a démontré que le bain froid augmente les combustions organiques et partant la production du calorique; donc, loin de produire une diminution de calorique, la méthode de Brand aboutit au résultat opposé. Le bain peut agir comme tonique, comme anti-nerveux, comme moyen de propreté ; les bains tièdes donnent les mêmes résultats sans les mêmes inconvénients ni les mêmes dangers ; car l'augmentation de tension artérielle qui résulte forcément du bain froid peut, dans les cas d'altérations cardiaques,amener la mort subite. D'autre part, M. Dujardin-Beautmetz affirme que la méthode de Brand est très douloureuse et qu'elle est inapplicable à l'hôpital faute de personnel et de matériel ; enfin, comme on ne reçoit que des typhiques au septième jour au moins de leur maladie, on n'est pas dans les conditions requises par Brand. Quant à la valeur des statistiques, celles de M. Dujardin-Beaumetz et de M. Bouchard valent bien celle de M. Juhel-Rénoy.

M. *Féréol* félicite M. Juhel-Rénoy d'avoir entrepris cette campagne; cependant, pour sa part, il a renoncé aux bains froids en raison des difficultés thérapeutiques et de quelques insuccès. M. Féréol n'ose pas affirmer que le traitement en question ne soit jamais dangereux, et quant aux objections théoriques, il en fait bon marché, la pratique dans ces cas devant seule guider le médecin.

M. *Hayem* pense que la démonstration n'est pas faite et que les statistiques données sont systématiques et présentées d'une façon favorable ; le traitement par les seules indications ne donne pas de moins beaux résultats que cette méthode empirique puisqu'elle est systématique et exclusive. Elle répond, il est vrai, à l'état adynamique et à l'état fébrile, mais faut-il pour cela risquer les bains froids ? M. Hayem ne le croit pas et obtient les mêmes résultats avec les lotions froides, le drap mouillé, les toniques, l'alcool, etc. Le succès de cette méthode à son début a tenu à ce que l'on croyait que l'hyperthermie était tout dans la fièvre typhoïde. En réalité la fièvre typhoïde est une maladie spécifique, infectieuse et l'hyperthermie n'est que le résultat de cette infection. Tant qu'on n'aura pas trouvé le médicament spécifique, le mieux sera d'agir d'après les indications.

La suite de la discussion est renvoyée à une séance ultérieure.

SAPELIER.

NÉCROLOGIE

—

Le Dr Bonnefon père, de Rodez, reçu en 1832.
Le Dr Darbon, de Preignac (Gironde), reçu en 1850.
Le Dr G. Cassoulet, de Bordeaux, reçu en 1838.
Le Dr T. Mittre, de Marseille, reçu en 1854.

NOUVELLES

—

Hôpitaux de Paris. — *Répartition des élèves internes en médecine dans les différents services hospitaliers à Paris.*

Hôtel-Dieu. — *Médecine* : M. G. Sée; chef de clinique, M. Durand-Fardel; interne, M. Parmentier. — M. Empis; interne, M. Thiroloix. — M. Proust; interne, M. Méry. — M. Bucquoy; interne, M. Besançon. — M. Mesnet; interne, M. Iscovesco. — M. Dumontpallier; interne, M. Janet.

Chirurgie : M. Panas; chef de clinique, M. Valude; internes, MM. Sébilleau, Delagenière, Gibotteau. — M. Richet; chef de clinique, M. Castex ; internes, MM. Macquart, Hallion, Prost. — M. Tillaux; internes, MM. Demars, Rieffel.

Hôtel-Dieu (*annexe*). — *Médecine* : M. Cornil; interne provisoire, M. Bonel. — M. Oulmont; interne provisoire, M. de Bayle.

Hôpital de la Charité. — *Médecine* : M. Potain; chef de clinique, M. Sapelier; interne, M. Dutil. — M. Laboulbène; interne, M. Mordret. — M. Desnos; interne, M. Alcindor. — M. Féréol; interne, M. Despaigne. — M. Luys; interne, M. Régnier. — M. Blachez; interne, M. Boulloche.

Chirurgie : M. Trélat; chef de clinique, M. Barette; internes, MM Delbet, Potherat, Guillemain. — M. Desprès; internes, MM. Tuilant, Mussy.

Accouchements : M. Auvard; interne, M. Lefebre.

Hôpital de la Pitié. — *Médecine* : M. Jaccoud; chef de clinique, M. Bourcy; interne, M. Lesage. — M. Brouardel; interne (lauréat), M. Girode; interne, M. Wurtz. — M. Lancereaux; interne, M. Bouisson. — M. Audhoui; interne, M. Philippe. — M. Hutinel; interne, M. Bourgues. — M. Troisier; interne, M. Hudelo.

Chirurgie : M. Verneuil; chef de clinique, M. Guinard; internes, MM. Valas, Barraud, Faure. — M. Polaillon; internes, MM. Pozzi, Poulalion, Mariage.

Accouchements : — M. Maygrier; interne, M. Vilcoq.

Hôpital Necker. — *Médecine* : M. Peter; chef de clinique, M. Martinet; interne, M. Leudet. — M. Rigal; interne, M. Valette. — M. Rendu; interne, M. Chartier. — M. Dieulafoy; interne, M. Widal.

Chirurgie : M. Lefort; chef de clinique, M. Beurnier; internes, MM, Thiéry, Dagron, Oustaniol. — M. Guyon; interne (lauréat), M. Hallé; internes, MM. Albarran, Bureau, Rollin.

HÔPITAL LAENNEC. — *Médecine* : M. Ball; interne, M. Klippel. — M. Damaschino ; interne, M. Martha. — M. Ferrand ; interne, M. Ardouin. — M. Cornil, suppléé par M. Brocq ; interne, M. Lion.

Chirurgie : M. Nicaise; internes, MM. Grampert, Arnould; interne provisoire, M. Brésard.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Médecine* : M. Grancher; chef de clinique, M. Queyrat; interne, M. Guinon. — M. Ollivier; interne, M. Luzet. — M. Labric; interne, M. Mosny. — M. J. Simon; interne, M. Mouls. — M. Descroizilles; interne, M. Grandhomme.

Chirurgie : M. de Saint-Germain; internes, MM. Pfender, de Lostalot-Bachoué.

Accouchements : M. Porack ; interne, M. Laskine.

HÔPITAL COCHIN. — *Médecine* : M. Dujardin-Beaumetz ; internes, MM. Leriche, Chrétien. — M. Gouraud ; interne, M. Souques.

Chirurgie : M. Th. Anger ; internes, MM. Macon, Gauly, Chipault. — M. Bouilly; interne, M. Hamon.

ENFANTS-ASSISTÉS. — *Médecine* : M. Sevestre; internes, MM. Legrand, Springer ; interne provisoire, M. Vialet.

Chirurgie : M. Guéniot ; interne, M. de Grandmaison.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. Budin, chargé de cours; chef de clinique, M. Loviot.

MATERNITÉ. — *Médecine* : M. Labadie-Lagrave ; interne, M. Pilliet.

Chirurgie : M. Tarnier ; interne, M. Létienne. Chirurgien adjoint : M. le D[r] Bouilly ; interne, M. Dupré.

HÔPITAL DU MIDI. — *Médecine* : M. Mauriac ; interne, M. Audain — M. Ducastel ; interne, M. Critzman.

Chirurgie : M. Humbert ; interne, M. Renault ; interne provisoire, M. Dulac.

HÔPITAL LOURCINE. — *Médecine* : M. Martineau ; interne, M. Tournier. — M. Balzer; interne, Rebläud.

Chirurgie : M. Pozzi ; internes, MM. Bourges, Civel ; interne provisoire, M. Aubert.

SALPÊTRIÈRE. — *Médecine* : M. Charcot ; chef de clinique, M. Gilles de la Tourette ; interne, M. Huet. — M. Joffroy ; interne, M. Michaut ; interne provisoire, M. Breton. — M. A. Voisin ; interne, M. Sauvineau. — M. J. Voisin ; interne, M. Macaigne. — M. Falret ; interne, M. Besançon.

BICÊTRE. — *Médecine* : M. Déjerine ; interne, M. Sollier ; interne provisoire, M. Auscher. — M. Deny ; interne, M. Homolle. — M. Bourneville ; interne, M. Durand ; interne provisoire, M. Matton. — M. Charpentier ; interne, M. Camescasse; interne provisoire, M. Lebon. — M. Ch. Féré ; interne, M. Faure-Miller ; interne provisoire, M. Richezolle.

Chirurgie : M. Richelot ; internes, MM. Brodier, Lelièvre ; interne provisoire, M. Malherbe.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Médecine* : M. Hayem ; interne, M. Tissier ; interne provisoire, M. Huguenin. — M. Straus ; interne, M. Du-

barry. — M. Landrieux; interne, M. Tsch-Wall. — M. Raymond; interne, M. Hillemand. — M. Hanot; interne, M. Legry. — M. Moutard-Martin; interne, M. Récamier. — M. Gingeot; interne, M. Le Noir. — M. Tapret; interne, M. Boulay.

Chirurgie : M. Marchand; internes, MM. Bouffinet, Lamotte, Baumgarten. — M. Monod; internes, MM. Delagénière (Henri), Vigneron, Vilpelle.

Hôpital Lariboisière. — *Médecine* : M. Siredey; interne, M. Coffin. — M. Gouguenheim; interne, M. Roques de Fursac; interne provisoire, M. Gaston. — M. C. Paul; interne, M. Nodot. — M. Bouchard; interne, M. Gaume. — M. Duguet; interne, M. Vignalou. — M. Gérin-Roze; interne, M. Courtois-Suffit.

Chirurgie : M. Peyrot; internes, MM. Plicque, Decressac. — M. Berger; internes, MM. Calot, Mauclaire. — M. Périer; internes, MM. Reboul, Couder. — M. Delens; internes, MM. Achalme, Répin.

Accouchements : M. Pinard; interne, M. Paul Mantel.

Hopital Tenon. — *Médecine* : M. Landouzy; interne, Mlle Klumpke; interne provisoire, M. Chantre. — M. Barth; interne, M. Cuvillier. — M. Letulle; interne, M. Vaquez. — M. Dreyfus-Brisac; interne, M. Brühl. — M. Danlos; interne, M. Hautecœur. — M. Cuffer; interne, M. Dautigny. — M. Roques; interne, M. Sardou. — M. Moizard; interne, M. Laffitte.

Chirurgie : M. Blum; internes, MM. Chevalet, Beaumé, Aviragnet. — M. Reclus; internes, MM. Buscarlet, Lafourcade, Marquézy.

Accouchements : M. Bar; interne, M. Deroche.

Hôpital Beaujon. — *Médecine* : M. Millard; interne, M. Jacquinot. — M. Guyot; interne, M. Chevalier. — M. Gombault; interne, M. Perrelle. — M. Fernet; interne, M. Laffitte.

Chirurgie : M. L. Labbé; internes, MM. Gautier, Mauny. — M. Duplay; internes, MM. Pichevin, Témoin. — M. B. Anger; internes, MM. Charrier, Adler.

Accouchements; M. Ribemont; interne, M. Bouffie.

Hôpital Trousseau. — *Médecine* : M. Cadet de Gassicourt; interne; M. Caussade. — M. d'Heilly; interne, M. Vimont. — M. Legroux; interne, M. Pallier.

Chirurgie : M. Lannelongue; internes, MM. Canniot, Lyot.

Hôpital Saint-Louis. — *Médecine* : M. Fournier; chef de clinique, M. Morel-Lavallée; interne, M. Georges Baudoin. — M. Tennesson; interne, M. Lyon. — M. Besnier; interne, M. Thibault. — M. Vidal, interne, M. Maurin. — M. Hallopeau; interne, M. Wickham. — M. Quinquaud; interne, M. Nicolle.

Chirurgie : M. Péan; internes, MM. Lavaux, Jondeau, Moulonguet. — M. Championnière; internes, MM. Bellanger, Conzette, Wallich.

Maison de santé. — *Médecine* : M. E. Labbée; interne, M. Clarot. — M. Lecorché; interne, M. Cousin.

Chirurgie : M. Sée; internes, MM. Sallard, Thomas. — M. Horteloup; internes, MM. Lantier, Enriquez.

Hôpital Bichat. — *Médecine* : M. Huchard; interne, M. Gillet. — M. Lacombe; interne, M. Chopard.

Chirurgie : M. Terrier; internes, MM. Dumoret, Marcel Baudoin.

Incurables. — *Médecine* : M. Gombault; interne, M. Mallet; interne provisoire, M. Piole.

Chirurgie : M. Félizet; interne, M. Roussan; interne provisoire, M. Decamps.

Hôpital Andral. — *Médecine* : M. Debove; internes, MM. Regnault, Morel.

Hôpital Broussais. — *Médecine* : M. Ballet; interne provisoire, M. Gauthier. — M. Comby; interne provisoire, M. Leblond.

Chirurgie : M. Reynier; internes provisoires, MM. Saiton, Calbet.

Sainte-Périne. — *Médecine* : M. Chauffard; internes, MM. de Fleury, Dupré (Ernest).

Hospice des Ménages. — *Médecine* : M. Robin; interne, M. Vignerot; interne provisoire, M. Pescher.

La Rochefoucauld. — *Médecine* : M. Oulmont; interne provisoire, M. Pineau.

Aubervilliers. — *Médecine* : M. Talamon; internes provisoires, MM. Poivet, L. Martin.

École de médecine de Besançon. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique, un concours s'ouvrira le 1er août 1888, à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Cours d'accouchements. M. le Dr Fournel, médecin du bureau de bienfaisance, commencera un cours complet d'obstétrique avec manœuvres le lundi 6 février, à 5 heures et le continuera tous les jours. On s'inscrit rue Suger, 4.

Clientèle médicale. — Un chef-lieu de canton du département de la Vendée (4,000 habitants) demande un médecin républicain. S'adresser au Dr Chevallereau, 4, rue des Pyramides, de 4 à 6 heures, excepté le mardi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le monde des rêves : le Rêve, l'Hallucination, le Somnambulisme et l'Hypnotisme, l'Illusion, les Paradis artificiels, le Ragle, le Cerveau et le Rêve, par P. Max Simon, médecin en chef à l'Asile public d'aliénés de Bron. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de la Bibliothèque scientifique contemporaine de 325 pages, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 14 JEUDI 2 FÉVRIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



35e Année. — Tome I. N° 14 Jeudi 2 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 1er février **1888.**

M. Marc Sée est tout à fait opposé au procédé préconisé par M. Verneuil dans le traitement des furoncles et des anthrax; ce n'est pas qu'il nie la nature microbienne de ces affections, mais il n'accorde pas aux pulvérisations phéniquées le pouvoir d'aller détruire, à travers la peau intacte, les staphylococcus qui, partant de la périphérie des furoncles, vont produire de larges anthrax ou de nouveaux furoncles se répétant pendant un temps plus ou moins prolongé. Il emploie le bistouri et s'attache à séparer complètement l'anthrax des parties sous-jacentes, au moyen d'un bistouri boutonné promené à plat au niveau de la base de la tumeur.

M. Panas a reproduit la statistique des opérations de cataractes qu'il a pratiquées à l'Hôtel-Dieu depuis l'année 1884. Il a montré la sécurité que donnaient les pansements réellement antiseptiques, et insisté en particulier. sur l'utilité des lavages intra-oculaires. M. Panas injecte dans la chambre antérieure, après l'extraction du cristallin, une petite quantité des la solution de biiodure de mercure à un pour vingt mille. On sait que beaucoup d'autres oculistes emploient les injections intra-oculaires moins dans le but de faire de l'antisepsie que pour permettre l'élimination facile des masses corticales molles qui restent dans la chambre antérieure après la sortie du noyau cristallinien et qui sortent beaucoup plus facilement par ce procédé que par tout autre.

M. Vidal a lu un rapport sur l'anesthésie locale provoquée par les pulvérisations du chlorure de méthyle, ou du moins par le stypage tel que l'emploie M. le Dr Bailly (de Chambly). Au lieu des pulvérisations dont il est difficile de graduer l'intensité, M. Bailly emploie le stypage, c'est-à-dire qu'il met au contact de la peau qu'il désire insensibiliser, un tampon imbibé de chlorure de méthyle. La graduation est beaucoup plus nette. Il est ainsi facile non seulement de pratiquer toutes les opérations qui réclament l'anesthésie locale, mais encore de faire disparaître des douleurs plus profondes.

M. Alfred Fournier a lu à l'Académie les conclusions proposées par la commission chargée d'étudier la prophylaxie de la syphilis. Nous reproduisons ces conclusions, qui seront assurément l'objet d'une longue et intéressante discussion de la part de l'Académie.

A. CH.

Chorée rhumatismale guérie par l'antipyrine (1).

par le Dr R. BOUSSI.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il est fort difficile pour le praticien de se faire une opinion sur un remède nouveau. Il faut se défier des louanges intéressées, de l'engouement du public, et même des médecins.

En ce moment, l'antipyrine est à la mode. Ce médicament partagera-t-il le sort de milliers d'autres en tombant dans l'oubli après une gloire éphémère, ou restera-t-il au rang des principaux remèdes ?

Jusqu'à présent il était difficile de se prononcer ; ses propriétés antithermiques, rhumatismales, antiseptiques il les partage, avec beaucoup d'autres plus efficaces que lui ! Contre la douleur la morphine conserve encore sa supériorité.

Mais tout récemment, M. le Dr Legroux a fait part de l'efficacité de l'antipyrine contre la chorée. Un nouveau fait, que je viens d'observer, confirme cette nouvelle propriété, et engagera, je crois, le praticien à diriger son attention sur cette vertu nouvelle plus positive que les autres.

Le 15 décembre 1887, je suis appelé, rue St. Maur, 106, auprès d'un enfant de 8 ans, fils d'un ouvrier, M. L..... Je constate que cet enfant présente une fièvre peu intense, un léger mal de gorge, de la céphalalgie. Le jour précédent il avait eu une éruption déjà disparue.

Je diagnostique scarlatine avec un point d'interrogation.

Le 20 décembre, les parents me rappellent pour un rhumatisme articulaire peu intense qui avait débuté la veille par une enflure du poignet gauche.

Je constate des douleurs dans les épaules, les genoux, les chevilles et de l'endocardite caractérisée par un souffle très fort au premier temps et à la pointe.

Je donne 2 grammes de salicylate de soude par jour dans du tilleul. Ce rhumatisme dure de 8 à 10 jours environ.

A cette époque, l'enfant présente une desquamation prononcée qui

(1) Communication à la Société médicale du XIe arrondissement.

confirme le diagnostic de scarlatine. Sa peau se dépouille comme celle d'un serpent, disait la mère. Le rhumatisme semblait donc de nature scarlatineuse.

Cinq à six jours après le rhumatisme, vers le 5 ou 6 janvier 1888, l'enfant est pris de mouvements désordonnés. Ces mouvements devenant de plus en plus violents, les parents m'envoient chercher.

Je vois l'enfant le dimanche 15 janvier, dix jours après le début des accidents.

Je constate une chorée des plus graves.

L'enfant était tellement agité qu'il ne pouvait se tenir ni debout ni assis. Tous ses membres gesticulaient, principalement du côté droit. Il ne pouvait articuler aucun son.

Le lendemain seulement, lundi 16 janvier, il commence à prendre 2 grammes d'antipyrine en 4 fois dans la journée, dans un peu d'eau sucrée. Ce jour-là la nuit est déjà meilleure. Il dormait très peu les nuits précédentes, réveillé à tout instant par ses mouvements choréiques.

Le mercredi 18 janvier il va beaucoup mieux. Il peut se tenir debout, il gesticule et grimace beaucoup moins. Son sommeil est paisible sans mouvements choréiques.

Ainsi, en 2 jours, après 4 grammes d'antipyrine, cette chorée était devenue légère.

Je revois l'enfant 8 jours après, le mercredi suivant 25 janvier.

Faute d'argent, ses parents ne lui avaient pas fait prendre d'antipyrine depuis le lundi 23 janvier.

Il avait pris en tout 32 paquets de 0,50 centigr.; au total : 16 grammes du 16 janvier au 23 janvier inclusivement.

Le traitement n'avait duré que 8 jours; cependant la chorée était pour ainsi dire guérie, c'est à peine si le petit malade présentait quelques légers mouvements involontaires dans les mains et la figure.

Voulant achever la guérison, et quoique les parents fussent satisfaits du résultat, je fus obligé de payer moi-même 20 grammes d'antipyrine en 20 paquets, 4 par jour.

J'ai revu cet enfant cette après-midi 27 janvier, il n'a pris que 3 grammes d'antipyrine depuis le 25 janvier.

Cette faible dose a suffit pour faire disparaître tout mouvement.

Il est radicalement guéri. J'ai cependant conseillé de continuer ce traitement de crainte de rechute.

Ce fait intéressant m'a paru pouvoir servir d'appoint aux observations de M. Legroux. C'est à ce titre que je le livre à l'appréciation de la Société.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 *janvier* 1888.—*Présidence de* M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend une lettre dans laquelle M. Gingeot, médecin des hôpitaux de Paris, rappelle qu'il a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, une note sur le traitement des furoncles par les badigeonnage de teinture d'iode.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente de la part d'un médecin espagnol M. Munoz, une note manuscrite sur le traitement des furoncles. Traitement des furoncles et des anthrax par les compresses d'eau phéniquée dans les cas simples et par les injections hypodermiques d'acide phénique dans les cas où il faut agir profondément.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente également de la part de M. le Dr Bardet un appareil à pulvériser le chlorure de méthyle.

DU TRAITEMENT DES FURONCLES ET DES ANTHRAX. — M. *Marc Sée* croit que le bistouri convient seul dans les cas d'anthrax volumineux qui demandent une intervention rapide. Il croit, comme M. Verneuil, à la nature microbienne du furoncle et de l'anthrax, mais les furoncles qui constituent l'anthrax naissent les uns des autres. C'est de la périphérie que partent les légions de staphylococcus qui vont semer les furoncles dans le voisinage : c'est donc sur la circonférence de la tumeur que doit porter surtout l'agent microbicide. M. Marc Sée ne croit pas que les pulvérisations phéniquées puissent, à travers la peau intacte, agir sur l'inflammation provoquée par le staphylococcus et le rendre inerte. Aussi emploie-t-il le procédé opératoire suivant :

Le long du bord de l'anthrax dans le point qui occupe la position la plus déclive lorsque le malade est couché dans son lit, M. Sée fait une incision de 2 à 3 centimètres de longueur, puis par cette ouverture passe un bistouri boutonné qu'il dirige à plat, dans le sens du diamètre de l'anthrax, jusqu'à ce que l'extrémité boutonnée vienne faire saillie sous la peau ; laissant toujours le bistouri à plat, et faisant des mouvements de va et vient, de manière à toujours sentir sous la peau l'extrémité boutonnée, il coupe dans la moitié qui regarde le tranchant de l'instrument. Réintroduisant l'instrument, il fait de même sur l'autre moitié de manière à séparer entièrement l'anthrax de sa base. Il sort par cette ouverture un flot de sang et de pus. M. Sée arrête l'écoulement sanguin au moyen de lavages avec le sublimé au millième, puis il panse avec de la gaze iodoformée et recouvre le tout de cellulose qui absorbe les liquides s'écoulant de la tumeur. Dans les cas d'anthrax très volumineux il fait quelquefois une ou deux autres opérations du même genre en divers points. Il répète le même pansement tous les jours.

Ce procédé, qui ne demande guère qu'une minute, a l'avantage de raccourcir beaucoup la durée du traitement, et d'autre part il entraîne beaucoup moins de perte de substance que les autres. Il n'y a qu'une hémorrhagie en somme insignifiante, car un chirurgien attentif ne doit pas s'exposer à rencontrer de gros vaisseaux.

M. Sée n'ignore pas la fréquence du diabète dans les cas d'anthrax, mais il ne croit pas que le diabète doive paralyser la main du chirurgien.

En résumé, M. Sée estime que la méthode des pulvérisations phéniquées, recommandée par M. Verneuil, peut être pratiquée chez les gens pusillanimes qui répugnent au contact de l'instrument tranchant; quand il s'agit d'un anthrax de petit volume n'ayant point de tendance bien marquée à prendre beaucoup d'extension; mais que les anthrax en général, et particulièrement ceux qui s'accompagnent d'accidents généraux graves et menacent de devenir très volumineux, sont justiciables du bistouri qui, manié convenablement, contribue le traitement le plus efficace et le plus expéditif.

M. *Verneuil* ne veut pas suivre M. Marc Sée dans la question incidente de la gravité des opérations chez les diabétiques, question qui n'est pas en cause aujourd'hui; M. Verneuil rappelle d'ailleurs qu'il a cité dans sa communication des cas d'anthrax chez des diabétiques guéris par sa méthode.

En second lieu, quand M. Verneuil veut se faire une idée sur une méthode, il commence par l'essayer : or M. Sée veut juger une méthode dont il n'a jamais fait l'essai.

M. *Hardy* a eu, il y a huit jours, l'occasion d'employer le procédé de M. Verneuil; il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'un abcès furonculeux de la lèvre supérieure, avec cette circonstance aggravante que cette jeune fille devait se marier quelques jours après. Il y avait un gonflement énorme. M. Hardy employa les pulvérisations phéniquées comme les recommande M. Verneuil. Quatre jours après, l'abcès s'ouvrait dans la bouche et dès maintenant la jeune fille a repris à peu près son aspect ordinaire.

Le furoncle est en général une maladie peu grave, mais avec une grande tendance à former des séries. Or, dans cette discussion on a laissé de côté le traitement médical, qu'il ne faut cependant pas négliger. Dans ces cas il faut avoir recours à ce qui réussit le moins mal, aux préparations goudronnées, aux alcalins et même à l'arsenic; il faut de plus penser au régime et défendre au malade tous les excitants.

M. Hardy ne croit pas à l'origine microbienne des furoncles. Le furoncle, en effet, peut survenir par le fait de causes locales répétées, par exemple, le furoncle qui survient aux fesses des cavaliers;

M. Hardy ne croit pas que les microbes affectionnent de préférence les pantalons des jeunes cavaliers.

Des lavages intra-oculaires dans l'opération de la cataracte. — M. *Panas* a fait, de mars à décembre 1884, 50 opérations de cataracte sans iridectomie.

En 1885, le chiffre des opérations de cataracte a été de 109, sur lesquelles 100 résultats optiques complets ; il n'y a eu aucun cas de suppuration de l'œil.

En 1886, le nombre des opérations de cataracte pratiquées à l'Hôtel-Dieu a été de 87, sur lesquelles il y a eu 48 résultats complets.

En 1887, M. Panas a fait 213 opérations de cataracte, dont 115 avec lavage de la chambre antérieure au biiodure et 98 avec injection de la solution aqueuse d'acide borique.

Il n'y a eu aucun cas de suppuration de l'œil, qu'on ait employé soit les lavages au biiodure de mercure, soit les lavages à l'acide borique.

En additionnant les résultats obtenus pendant ces diverses années, M. Panas arrive à trouver qu'il a eu des résultats optiques chez 92 p. 100. Tout le mérite en revient pour lui à l'antisepsie.

Une chose remarquable est l'absence d'irritation vive de l'œil, le peu d'abondance des exsudats iriens la conservation de la transparence de la cornée et la rareté des cataractes secondaires.

Dès le début, M. Panas avait émis ce principe que la quantité de solution de biiodure injectée dans l'œil devait se orner à la quantité nécessaire pour stériliser la chambre antérieure, ce qui, par conséquent, devait la réduire à un ou deux centimètres cubes. La quantité de biiodure injectée doit être moindre que celle de l'acide borique, ce qui doit faire réserver cette dernière solution pour les cas où l'on veut non pas seulement faire de l'antisepsie, mais surtout entraîner les parties molles qui ont pu rester dans la chambre antérieure.

Dire qu'il est inutile de faire de l'antisepsie à l'intérieur de l'œil, après l'opération de la cataracte, c'est se mettre en contradiction avec les faits.

Les résultats cliniques exposés par M. Panas montrent que les progrès de l'antisepsie ont amené l'opération de la cataracte à un degré de perfectionnement aussi grand que possible. Ils ont permis en même temps de revenir à l'opération de Daniel, c'est-à-dire à la méthode française.

De la prophylaxie de la syphilis. — M. *Fournier*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Ricord, Bergeron, Léon Lefort, Léon Colin, Le Roy de Méricourt, présente le projet ci-dessous :

§ I. — *Prophylaxie administrative.*

Art. Ier. — L'Académie appelle l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la provocation sur la voie publique, dans ces dernières années notamment, et en réclame une répression énergique.

Art. II. — Elle estime qu'il y a nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la prostitution publique, à savoir celle des boutiques, celle des brasseries dites à femmes, et plus particulièrement encore celle des débits de vin.

Art. III. — Elle signale à l'autorité d'une façon non moins spéciale la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche.

Art. IV. — Elle déclare qu'au nom de la santé publique non moins qu'au point de vue de la morale publique, ces divers ordres de provocations constituent un délit qui doit être réprimé légalement. Elle réclame donc une loi définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles reconnues coupables de délit de provocation soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. VI. — L'inscription d'une fille coupable du délit de provocation ne pourra jamais être prononcée que par le tribunal et après un jugement contradictoire.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après un examen médical, affectée de maladie vénérienne, notamment de la syphilis, sera internée dans un asile sanitaire spécial. Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, un hôpital comme les autres hôpitaux, à cette seule différence près que les malades n'en pourront sortir que sur un certificat médical de guérison. De cet asile sera bannie toute rigueur inutile, toute mesure vexatoire qui tendrait à en modifier le caractère et à le transformer en pénitencier.

Art. VIII. — La réglementation actuellement en vigueur, relativement à la surveillance médicale des filles inscrites, sera remplacée par le système suivant :

1° Les filles inscrites libres, ou en maison, seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire à date fixe, et en outre, à une visite supplémentaire qui sera faite mensuellement par un médecin inspecteur à date inconnue.

2° Chacune de ces visites sera complète et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche.

Art. IX. — En ce qui concerne la province, les mesures de surveil-

lance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements.

L'interdiction de la provocation sur la voie publique sera rendue absolue, générale, sans exception même pour les filles soumises à la surveillance administrative.

§ II. — *Hospitalisation. Traitement.*

Art. XI. — Le nombre des lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

Art. XII. — Cette augmentation du nombre des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera non par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte.

Art. XIII. — Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

Art. XIV. — Un service de consultations gratuites avec délivrance gratuite des médicaments sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

Art. XV. — Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation sera faite :

1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin ou un chirurgien du Bureau central.

2° Pour les malades réclamant leur admission, par les médecins et chirurgiens titulaires.

Les médecins et chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq années d'exercice.

Art. XVI. — Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des maladies vénériennes, et les locaux affectés à ce dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

§ III. — *Réformes dans l'enseignement.*

Les innovations ou réformes proposées par la Commission sont les suivantes :

Art. XVII. — Ouvrir librement tous les services de vénériens et de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions.

Art. XVIII. — Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt

de la thèse, un certificat de stage de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes.

Art. XIX.— Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare (ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare) et de tout le personnel intégralement, c'est-à-dire du chef de service, des élèves internes et des élèves externes.

Art. XX. — Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique.

Art. XXI. — Composition des services de Saint-Lazare (ou du service hospitalier qui lui sera substitué) suivant le plan des services de l'Assistance publique, et utilisation de ces services pour le stage spécial imposé aux étudiants en médecine dans les hôpitaux spéciaux.

Art. XXII. — Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourront être composés comme il suit :

1° Pour la nomination des médecins en chef :

Un membre de l'Académie de médecine, un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé), trois médecins des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare).

2° Pour la nomination des médecins du dispensaire comme pour celles des élèves internes ou externes :

Quatre médecins du dispensaire présidés par un membre de l'Académie.

Art. XXIII. — Un programme relatif à la détermination des matières devant faire le sujet de ces divers concours sera élaboré par une commission spéciale.

§ 4. — *Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et dans la marine.*

Art. XXIV. — Instituer dans l'armée une série de conférences ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes et les dangers de la syphilis en particulier, sur le bénéfice à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises les rôdeuses, les bonnes de cabaret, etc.

Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps.

Elles seraient annuelles et auraient lieu de préférence après l'enrôlement des jeunes recrues.

Une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps.

Art. XXV. — Provoquer de la part de tout soldat récemment af-

fecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.

Art. XXVI. — Consigner tous les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées. Interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

Art. XXVII. — Écarter toute punition du programme prophylactique de la syphilis dans l'armée.

Art. XXVIII. — Supprimer les visites faites en commun et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

Art. XXIX. — Instituer un service de police spécial autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.

Art. XXX. — Prendre toute disposition nécessaire pour assurer au soldat syphilitique dont le traitement a été commencé à l'hôpital la faculté de continuer à son corps, sous la direction des médecins de son régiment, le traitement ou la série des traitements ultérieurs indispensables à sa guérison.

Art. XXXI. — En ce qui concerne la marine, il serait à désirer que, à bord des bâtiments de guerre, une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

Art. XXXII. — Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre et de commerce, un service rigoureux et régulier soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche et de débarquement.

§ 5. *Prophylaxie des contagions syphlitiques dérivant de l'allaitement.*

Art. XXXIII. — Ajouter à la réglementation des bureaux de nourrices l'article suivant :

Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par un nourrisson.

La teneur dudit certificat pourrait être conçue à peu près dans les termes que voici :

« Je soussigné, docteur en médecine, etc., certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X..., auxquels je donne mes soins depuis....... (préciser l'époque), soient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant. »

La discussion de ces propositions est reportée à la prochaine séance.

De la réfrigération locale par le chlorure de méthyle. — *M. Vidal*, au nom d'une commission composée de MM. Bouchard, Moutard-Martin et Vidal, lit un rapport sur le travail lu sur ce sujet par M. le Dr Baillx (de Chambly) et sur les observations que les membres de la commission ont pu recueillir. L'anesthésie locale est généralement pratiquée au moyen du pulvérisateur de Richardson; mais la grande inflammabilité de l'éther ne permet pas de l'employer dans tous les cas.

M. Berthelot, le premier, a pu réduire le chlorure de méthyle à l'état liquide. Un professeur de l'École centrale, M. Vincent, a découvert un procédé industriel qui permet d'obtenir facilement cet agent liquide. C'est M. Debowe qui, le premier, a montré les applications de ce nouvel agent thérapeutique, dans les cas de sciatique, par exemple. M. Besnier a employé le chlorure de méthyle dans un but chirurgical, pour scarifier des lupus.

M. Bailly a exposé son procédé dans sa communication à l'Académie ; depuis, il l'a encore simplifié.

Il faut pratiquer l'anesthésie jusqu'à ce que la peau paraisse blanche, ce qui montre le début de l'insensibilisation. Plus loin on aurait des phlyctènes et même du sphacèle de la peau, accident difficile à éviter avec le syphon quelque habilement qu'il soit manié. M. Bailly emploie donc ce qu'il appelle le stypage.

Ce procédé a été employé dans un grand nombre de cas de névralgies et comme révulsif dans certains cas de douleurs gastro-intestinales, crises gastriques, coliques hépatiques, coliques de plomb, douleurs irradiées de la goutte chronique, points pleurétiques, douleurs causées par le cancer utérin.

Pour l'anesthésie locale, on maintient le tampon au contact de la peau pendant deux, trois ou quatre secondes, temps suffisant pour amener la blancheur de la peau et pour de petites opérations. Un grand nombre de chirurgiens ont employé ce procédé dans différents cas.

La sensation de froid au contact du chlorure de méthyle est plus intense qu'au contact de l'éther. Ce procédé peut être employé même lorsqu'on veut faire des cautérisations au galvano-cautère ou au thermo-cautère ; si le chlorure de méthyle s'enflamme, il suffit pour l'éteindre de souffler dessus.

M. *Bouchard* pense que le procédé anesthésique découvert par M. Debove est très précieux et que le stypage proposé par M. Bailly est propre à augmenter beaucoup les applications de ce procédé. Le chlorure de méthyle non seulement servira comme

anesthésique, mais dans beaucoup de cas c'est un révulsif excellent.

M. Besnier s'associe aux paroles qui viennent d'être prononcées par MM. Vidal et Bouchard ; il ajoute que le chlorure de méthyle peut être également employé pour l'anesthésie des muqueuses ; il suffit alors d'interposer une lamelle de baudruche entre la muqueuse et le pinceau chargé d'une goutte de chlorure de méthyle.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la troisième division.

La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Arloing ; en 2e ligne, M. Abbadie ; en 3e ligne, M. Peuch ; en 4e ligne, M. Signol.

Pour la première place, sur 44 votants, majorité 23, M. Arloing est élu par 43 voix contre une donnée à M. Abbadie.

Pour la seconde place, sur 47 votants, majorité 24, M. Abbadie est élu par 48 voix contre 2 données à M. Signol et deux bulletins blancs.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant (1re division).

NOUVELLES

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — *Société centrale.* — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 5 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. Lannelongue.

Ordre du jour : Allocution du Président ; Rapport du secrétaire ; Compte rendu du trésorier ; Ratification des admissions faites dans l'année ; Election de dix membres de la commission administrative en remplacement des membres sortants.

ECOLE PRATIQUE. — Le Dr H. Picard reprendra son cours le lundi 6 février, à 5 heures, amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 15 SAMEDI 4 FÉVRIER 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 15 Samedi 4 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Note sur l'étiologie de la chorée (1)

Par le Dr J. Comby.
Médecin des hôpitaux.

La chorée de Sydenham, celle qu'on observe surtout dans la seconde enfance, chez les filles plutôt que chez les garçons, est considérée par M. Germain Sée et par M. Roger comme une manifestation rhumatismale. Sur deux enfants rhumatisants, dit M. Sée, il en est au moins un qui est en même temps choréique et *vice versâ*. Un enfant choréique, dit M. Roger, est toujours menacé de rhumatisme, de même qu'un enfant rhumatisant est toujours sous le coup d'une chorée. Nous avons été nourris pour la plupart de cette doctrine que nous considérions comme classique. Cependant il y a déjà longtemps qu'elle est battue en brèche. Si nous trouvons rangés sous la bannière de MM. Germain Sée et Roger, Hénoch, Trousseau, Senhouse Kirkes, Broadbent, Jackson, Barthez et Sauvé, nous comptons, dans le camp des adversaires, des champions non moins distingués qui s'appellent Rilliet et Barthez, Grisolle, Monneret, Barrier, Steiver, Jaccoud, Joffroy, etc.. etc.

Sans reprendre la question *ab ovo*, nous donnerons l'opinion de ceux qui, dans ces derniers temps, ont repoussé catégoriquement la *loi* de MM. Germain Sée et Roger. M. Joffroy, dans une leçon publiée en mai 1885 (*Progrès médical*, p. 437), définit la chorée une *névrose cérébro-spinale d'évolution* : *c'est une maladie de croissance; la chorée est au système nerveux ce que la chlorose est au système circulatoire*. En Amérique, le Dr Sturges (*Arch. of ped.* Déc. 1884), se basant sur une statistique qui ne comprend pas moins de 219 cas, conclut que le rhumatisme n'est pas la cause de la chorée. Plus récemment, le Dr Prior (*Berl. Klin. Woch.*, 1886, n° 2) ayant étudié

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

92 cas de chorée dans le service du professeur Rühle, à Bonn, rejette au second plan l'influence pathogénique du rhumatisme.

Emu par ces travaux et surtout par la leçon de M. Joffroy que j'avais lue attentivement, j'ai voulu me faire une opinion basée sur des observations personnelles. J'ai recueilli, depuis 2 ans, tous les cas de chorée qui se sont présentés au dispensaire de la Villette. Ces cas ne dépassent pas le nombre de 16, mais j'ai pu les observer, les suivre, les traiter pendant plusieurs mois, jusqu'à la guérison complète.

Sur 16 cas de chorée, je trouve 13 filles et 3 garçons; les garçons sont âgés de 8 ans 1/2, 10 et 11 ans; les âges des filles sont : 6, 7 (2), 9 (2), 11, 12 (3), 13 (3), 14 ans. Chez tous ces enfants, j'ai constaté, outre les signes de la chorée de Sydenham, l'absence des signes d'affection cardiaque et de rhumatisme.

Chez aucun de mes malades je n'ai retrouvré le moindre antécédent rhumatismal: dans la période relativement longue pendant laquelle il m'a été donné de les suivre, il ne s'est pas développé d'affection rhumatismale ni de cardiopathie. Presque tous mes choréiques étaient des nerveux avérés, quelques-uns avaient eu des convulsions dans la première enfance; chez les parents, je retrouvais tantôt l'hystérie, tantôt l'épilepsie, tantôt la chorée. Chez la plupart, une croissance rapide avait été le prélude et la cause déterminante de la chorée ; chez quelques-uns, une vive émotion morale (frayeur) avait marqué le début et provoqué l'explosion de la maladie. L'emploi simultané des douches froides et du bromure de potassium m'a donné d'excellents résultats. Tous les cas se sont terminés par la guérison après une moyenne de trois mois de traitement.

Je dois noter cependant deux récidives, l'une à 6 mois, l'autre à un an d'intervalle. Chez deux jeunes filles choréiques, il existait en même temps une dyspepsie prononcée avec gastralgie, dilatation de l'estomac; ces enfants buvaient démesurément. Chez l'une de ces dernières, âgée de 7 ans, la chorée a été précédée pendant 15 jours par une éruption d'urticaire. Chez deux de mes malades il existait, en même temps que des mouvements choréiques, de la paralysie d'un membre inférieur (chorée molle); chez deux autres, j'ai constaté nettement l'anesthésie du pharynx. Je ne parle que des 16 cas que j'ai recueillis dans ces deux dernières années; mais depuis 5 ans que je suis au dispensaire de la Société philanthropique, j'ai vu un grand nombre d'enfants choréiques sur lesquels je n'ai pas pris de note. Je puis dire que je n'ai jamais observé nettement la coïncidence de la chorée avec le rhumatisme ou avec une affection cardiaque. Je ne nie pas que le rhumatisme ne puisse favoriser le développement de la maladie au même titre que la fièvre typhoïde ou

tout autre état morbide qui, surprenant l'enfant à la période de croissance, portera une grave atteinte à sa nutrition générale et spécialement à la nutrition de ses centres nerveux. Alors, pour peu que l'enfant soit prédisposé par une tare nerveuse héréditaire ou acquise, la chorée pourra se montrer. Je refuse donc de considérer la chorée des enfants comme une manifestation rhumatismale et je me range aux côtés de M. Joffroy pour soutenir, d'après mes observations personnelles, que la chorée est une *névrose cérébro-spinale d'évolution.*

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Des bains dans la fièvre typhoïde, par le professeur *Nothnagel.* — Depuis les travaux de *Bartels*, *Jürgensen* et *Liebermeister*, la façon d'administrer les bains a varié. Les uns ont employé pendant deux heures l'eau à 16° et à 14° centigrades, les autres ont préféré laisser leurs malades pendant quatre et même huit heures dans le bain à 24° et 26°. Pour ce qui nous concerne, l'éclectisme nous a paru la meilleure méthode : c'est d'ailleurs l'avis de *Traube* qui ne traite pas ses malades suivant une sorte de routine et uniformément de la même façon et qui, d'après les diverses indications individuelles, a tantôt recours soit aux bains chauds, soit aux bains froids.

A ce sujet, voici une petite anecdote dont j'ai conservé le souvenir. J'étais à cette époque à Breslau, et j'avais à soigner au Lazaret plusieurs jeunes soldats, tous de complexion vigoureuse. Chez l'un d'eux, malgré tous nos efforts, la température restait à 40° centigrade (104 Fahrenheit). En vain essaya-t-on de le plonger toutes les deux heures dans un bain froid à 16° centigrade (60 Fahrenheit). Sur ces entrefaites, je fus obligé d'aller à Berlin passer un temps très court pendant lequel, ayant rencontré *Traube*, je lui parlai de mon malade. « Mettez-le, me dit-il, dès votre retour, dans un bain chaud. » Cela fut fait, et immédiatement nous constatâmes la défervescence de la température. Aussi, lorsque nous voyons les discussions acharnées, toutes basées d'ailleurs sur des faits d'observation, auxquelles on se livre au sujet de la fièvre typhoïde, nous en arrivons à cette conclusion que ce n'est pas *une* méthode qui assurera le succès, mais *la* méthode qui, le plus rationnellement, convient à chaque individu.

Si nous passons en revue les différents moyens de réfrigération employés, nous avons à notre disposition les bains, les compresses, les sacs de glace, l'éponge, etc. Les compresses sont utilisées particulièrement chez les enfants, chez lesquels elles suffisent pour enlever le calorique en excès ; enfin on a encore recours à elles quand les

bains sont impossibles. Ceux-ci, constituant la forme la plus importante de cette médication, s'administrent chauds ou froids.

Les bains froids se donnent à la température de 22°5 C (73° Farenheit). Les malades y restent plongés de trois à sept minutes, généralement ils ne peuvent supporter plus longtemps l'impression désagréable qui en résulte. S'ils ont un certain degré d'adynamie et de faiblesse, il faudra que le médecin assiste au premier et au second bain. Le pouls doit être surveillé avec le plus grand soin, et il ne faut pas oublier que la contraction des vaisseaux de la périphérie augmente beaucoup le travail du cœur, et qu'une syncope est dans ce cas toujours à craindre.

L'arythmie du cœur est un fait d'observation commune qui s'observe même chez les gens bien portants qui prennent un bain froid, on comprend l'importance que l'on doit y attacher chez les débilités. On aura soin de donner à ceux-ci un peu de vin avant et après le bain, et quand ils sont couchés de leur mettre aux pieds des bouteilles d'eau chaude. Si le malade éprouve un premier frisson généralisé, *il ne faut pas attendre le second*, mais le retirer immédiatemnt de la baignoire. Si la réaction au contact de l'eau froide est trop vive, il faut porter d'abord à 22° c. (71 Farenheit) la température du bain, que l'on abaissera *progressivement* en y ajoutant de l'eau froide.

Les bains chauds seront donnés de 24 à 26° (86 à 90 Fahrenheit) et les malades y demeureront de cinq à dix minutes. S'il ne se produit aucun effet appréciable on les y laissera plus de temps, de un quart d'heure à une demi-heure, une heure et même deux heures. Mais quand emploiera-t-on les bains chauds ou les bains froids ? Mes expériences personnelles m'ont permis de formuler les conclusions suivantes : je prescris les bains froids dans les deux premières semaines et même au commencement de la troisième semaine de la fièvre typhoïde, quand le sujet est vigoureux, qu'il n'est point trop abattu, que les contractions du cœur sont bonnes, d'une façon générale, quand il n'y a pas de complications. Au contraire, j'ai recours à l'eau chaude quand le malade est faible et que l'affection se prolonge, d'habitude vers la seconde moitié de la troisième semaine et même dès le début si le sujet était d'une santé délicate antérieurement à la maladie.

Dans les cas où la faiblesse de la contraction cardiaque est très nette et lorsque la diarrhée est abondante, il faut *absolument s'abstenir du bain froid*. En quelques mots voici ma règle de conduite, à laquelle vous pourrez vous-mêmes vous conformer dans la plupart des cas, mais je suis loin de conclure qu'il n'y aura point de déceptions. L'observation de ce jeune soldat que je vous ai rapportée précédemment en est une preuve. Chez lui les bains froids administrés

pendant les quatorze premiers jours sont demeurés sans résultat. Ainsi donc il existe des conditions individuelles qui ne permettent pas d'établir une formule précise et appliquable à tous. Le médecin, en cela comme en beaucoup d'autres choses, devra procéder par tâtonnements (*The medical Press*, 30 mars 1887).

Louis Boucher.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Traumatisme et grossesse. — M. *Berger* dit que M. Marchant concluait, d'après les observations et expériences de M. Jeannel, que la fièvre traumatique pouvait ne pas avoir d'influence sur la grossesse.

Voici une observation où le traumatisme a eu une influence retardée.

Jeune femme admise dans le service avec le diagnostic de tumeur blanche du genou. En réalité, il s'agissait d'un ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur, à marche très rapide et très douloureux. Elle était à six mois de grossesse. Quand elle eut atteint le septième mois, je fis l'amputation intra-trochantérienne de la cuisse, de préférence à la désarticulation, parce que je me demandais comment, avec une désarticulation, je protègerais la plaie dans le cas d'avortement, et aussi si le traumatisme ne serait pas trop considérable.

Elle accoucha dix-sept jours après. Elle revint du service d'accouchement, guérie. Onze mois après l'opération, elle avait un épanchement pleural double. Elle mourut cinq à six jours après sa rentrée à l'hôpital.

Cette tumeur s'était directement généralisée dans le poumon, sans noyaux ailleurs.

Ce fait prouve qu'une opération pratiquée presque dans la zone génitale peut n'avoir pas d'action immédiate.

M. *Monod* rappelle qu'il a fait, l'année dernière, une ovariotomie chez une femme enceinte de cinq ou six mois. Les suites furent normales et apyrétiques. La grossesse a continué son cours, et elle a accouché à terme.

Ostéomyélite chez l'adulte. — M. Th. *Anger*. Le terme d'ostéomyélite prête, dit-il, à l'équivoque. Il rapporte une observation chez un homme de 54 ans.

Le 2 septembre 1876, le lendemain d'une fatigue très grande, cet

homme fut pris de douleurs très vives dans le haut de la jambe. Aucun gonflement ni rougeur n'indiquaient une lésion sérieuse. Pendant plusieurs jours, les douleurs furent vives et quelquefois intolérables. Elles étaient superficielles et sans signe précis. Elles augmentaient par la marche. Elles étaient comparées souvent à des crampes. Pas de fièvre d'abord. Bientôt, avec l'augmentation des douleurs, sans changement apparent au membre, il vient un peu de fièvre. Je ne pouvais m'empêcher de songer à une ostéite profonde.

Bientôt apparaît un œdème douloureux à la pression ; la fièvre devient vive, la rougeur apparaît. Le 1er octobre, je fis une incision qui donna issue à un peu de pus et à du sang. Le périoste, dans un point seul, est soulevé par du pus. Les douleurs cessent.

Le lendemain, une fusée purulente se produit dans le mollet ; le genou se tuméfie.

Nous vîmes le malade avec M. Labbé et convînmes qu'il s'agissait d'une médullite avec propagation probable à l'articulation.

Nous ouvrîmes le genou et puis nous fîmes des trépanations sur le tibia : il y avait du pus dans le canal médullaire. La fièvre ne tomba pas. Il survint des eschares au sacrum. Il y eut une arthrite suppurée tibio-tarsienne et un abcès sous-maxillaire.

Le malade est mort le 5 décembre, de pyohémie.

Chez ce malade, je n'ai pas trouvé d'antécédents ni de porte d'entrée à l'ostéomyélite. Il avait des accidents d'arthritisme simplement.

M. Anger insiste sur le caractère erratique des douleurs qui empêchaient le diagnostic.

M. *Lannelongue* proteste contre le terme d'ostéite des adolescents donné à l'ostéomyélite. Quel que soit le mot employé, il faut savoir que cette maladie est plutôt une maladie de l'enfance que de l'adolescence et le terme d'ostéomyélite de croissance ou de développement est celui qui convient le mieux.

M. Trélat disait que nous l'observons lui chez l'adulte, moi chez les enfants. J'ai décrit dans les *Archives de Médecine* en 1878, sous le nom d'ostéomyélite prolongée, ces lésions qui encombrent les hôpitaux d'adultes et que l'on décrivait sous le nom de fistules, de séquestres, de nécroses, etc.

Il est difficile de faire dire à un individu un peu âgé ce qu'il a eu dans son enfance ou dans son adolescence ; il oublie vite ses antécédents, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas chez l'adulte des ostéomyélites primitives.

M. *Berger* ne nie pas les ostéomyélites primitives de l'adulte, mais il dit que plus on cherche dans les commémoratifs, moins on trouvera d'ostéomyélites primitives, plus on trouvera des poussées

dans l'enfance ou l'adolescence. Il rappelle l'observation de sa malade à ce sujet.

M. *Trélat* dit qu'il existe des formes primitives de l'ostéomyélite aiguë chez l'adulte, de même qu'on peut y trouver toutes les formes de l'ostéomyélite prolongée.

INFECTION PURULENTE A FORME PROLONGÉE. — M. *Desprès*. Il s'agit d'un malade atteint de lymphangite avec ganglions dans l'aine. Il fut traité par les cataplasmes et la fleur de sureau.

Le 15e jour, la température s'élève à 40° ; elle subit pendant cinquante jours des oscillations très grandes. Il y a eu cinq frissons, et après chaque frisson, une poussée éruptive semblable à des taches rosées lenticulaires. Je ferai remarquer que le point de départ est dans les vaisseaux lymphatiques.

M. *Richelot*. Ce cas me paraît rare par le temps qui court, mais à l'époque où on avait l'infection purulente, on voyait des cas à forme chronique et même des éruptions cutanées.

M. *Lannelongue* présente un kyste hydatique qu'il a enlevé de la cuisse d'un enfant adhérant aux muscles en arrière du droit interne des adducteurs.

Cette tumeur a apparu il y a un an. On avait fait le diagnostic de kyste hydatique. Denonvilliers disait qu'il fallait toujours songer au kyste hydatique en présence d'une tumeur des muscles.

M. Lannelongue offre un ouvrage sur :

La tuberculose vertébrale. Mal de Pott. Mal vertébral postérieur. Mal sous-occipital. Tuberculose sacro-iliaque. Tuberculose du sacrum et du coccyx.

Leçons faites à la Faculté de médecine par le professeur Lannelongue.

PRIX GERDY. — Le sujet proposé est : Traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin.

INSTRUMENTS NOUVEAUX

—

Gouttières à valves mobiles.

Par le Dr NICAISE
Chirurgien des hôpitaux

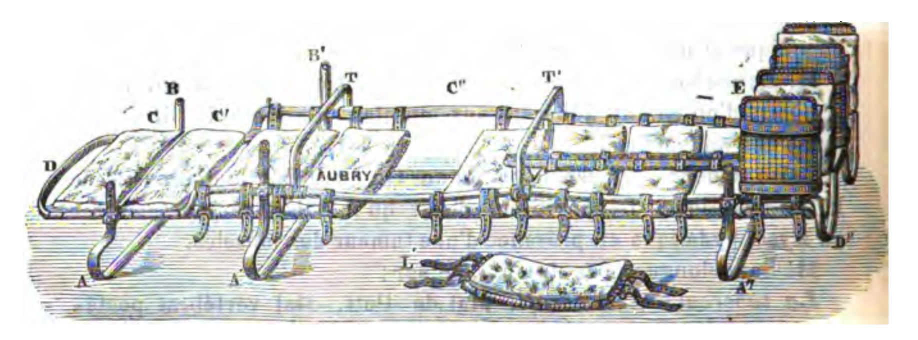
Dans le traitement de certaines affections de la colonne vertébrale, du bassin, de la hanche, le chirurgien est souvent dans la nécessité d'employer la gouttière de Bonnet afin d'immobiliser le malade.

Cet appareil présente cependant certains inconvénients ; s'il y a des pansements à faire, on est obligé de soulever le malade, ce qui

détermine des mouvements dans la partie lésée et est généralement l'occasion de douleurs très vives. On peut, il est vrai, mobiliser certaines parties du fond de la gouttière, mais ces fenêtres sont généralement insuffisantes, et, si pendant le traitement il survient quelque complication, quelque escharre, il n'y aura pas de fenêtre à ce niveau pour faire un pansement. Enfin cet appareil se salit rapidement ; il est difficile à maintenir très propre ; la toile qui le recouvre devrait être changée souvent, ce qui finit par devenir onéreux.

Avec la gouttière de Bonnet, il est presque impossible d'exécuter rigoureusement les pansements antiseptiques, dans les résections de la hanche par exemple.

Frappé de ces inconvénients, dans la résection de la hanche en particulier, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, M. le Dr Nicaise a pensé qu'il y aurait avantage à se servir d'une gouttière dont le



fond, au lieu d'être fixe, serait formé de valves mobiles fixées sur un cadre solide. De cette façon, on pourrait panser le malade, en quelque point que ce soit, sans le soulever, sans le faire souffrir.

M. le Dr Nicaise pria M. Aubry, un de nos meilleurs fabricants d'instruments de chirurgie, de faire une gouttière dans ces conditions. Le fond de la gouttière est formé par des valves en treillis de fil de fer à cadre résistant. M. Aubry apporta tous ses soins à la construction de l'appareil. Après divers tâtonnements et des modifications indiquées par l'usage, on arriva à la gouttière représentée dans la figure ci-dessus.

Le cadre est supporté par trois pieds AAA, qui peuvent être allongés ou raccourcis. Ces pieds, en même temps qu'ils soulèvent l'appareil, en augmentent la solidité. En outre, sur le cadre se fixent les cerceaux mobiles T et T qui augmentent encore la solidité de l'appareil. Les plaques métalliques plus ou moins concaves sont fixées de chaque côté au cadre de la gouttière par des courroies en cuir que l'on peut allonger ou raccourcir.

Les plaques sont recouvertes par un coussin capitonné mobile ; les coussins capitonnés peuvent être remplacés par des coussins en caoutchouc que l'on remplit d'air ou d'eau. On voit en L une plaque détachée avec son coussin.

Le nombre de plaques dont se composera le fond de la gouttière peut varier selon le cas.

Il est inutile d'insister sur la description de la gouttière ; la lecture de la figure suppléera aux détails qui peuvent manquer.

On conçoit donc qu'il est facile d'enlever une plaque sans remuer le malade, d'où une grande facilité pour faire les pansements et tenir l'appareil dans une propreté absolue.

On n'a qu'à enlever la plaque du périnée ou celle du bassin pour les besoins de la miction ou de la défécation; il n'y pas en effet dans notre gouttière d'orifice postérieur comme dans la gouttière de Bonnet. La suppression de cet orifice est un avantage, car son rebord détermine souvent, par pression, des douleurs et même des érosions de la peau.

La gouttière est supportée par des pieds qui l'élèvent au-dessus du plan du lit d'une hauteur qu'on peut faire varier à volonté ; ceci permet de se passer des appareils employés ordinairement pour soulever les malades (poulie, moufles, grand cadre à suspension entourant le lit) afin de permettre les fonctions journalières et les soins de propreté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 6 au 11 février 1888.

Lundi 6. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Remy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Trélat, Delens, Ribemont-Dessaignes.

Mardi 7. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Peyrot. — 4e examen, doctorat : MM. Proust, Fernet, Quinquaud. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Richet, Panas, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon.

Mercredi 8. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Trélat, Marc Sée, Ribemont-Dessaignes. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Landouzy.

Jeudi 9. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz.

Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine.* — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Polaillon, Maygrier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Troisier. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Villejean, Hutinel.

Vendredi 10. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Lannelongue, Remy, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : Potain, Hayem, Déjerine.

Samedi 11. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Fernet, Quenu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Campenon. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Tarnier, Brun. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Richet, Polaillon, Maygrier.

Thèses pour le doctorat. — *Mardi* 7, à 1 heure. — M. Girode : Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux. *Président* : M. Brouardel. — M. Cahn : De la marche de la fièvre typhoïde chez les paludéens. *Président* : M. Brouardel. — M. Toché : Étude sur deux cas d'endothéliome du cervelet. *Président* : M. Cornil.

Mercredi 8, à 1 heure. — M. Gioux : Insuffisance des muscles de l'œil. *Président :* M. Guyon. — M. Thyssen : Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. *Président* : M. Charcot. — M. Brinon : Contribution à l'étude de l'uréthrocèle vaginale. *Président* : M. Lannelongue. — M. Despréaux : Curettage utérin. *Président* : M. Damaschino. — M. Neiret : Étude sur Hermann Boerhaave. *Président* : M. Laboulbène. — M. Arrivot : Séméiologie médicale des doigts. *Président* : M. Peter.

Vendredi 10, à 1 heure. — M. Jeanselme : Dermites et éléphantiasis. *Président* : M. Fournier. — M. Saint-Laurens : Traitement des plaies traumatiques de l'estomac et de l'intestin. *Président* : M. Fournier.

Samedi 11, à 1 heure. — M. Dufossé : Étude sur la narcolepsie. *Président* : M. Ball. — M. Magé : Rétrécissement mitral pur. *Président :* M. Proust. — M. Mosnay : De la phlegmasia alba dolens dans la chlorose. *Président* : M. Proust.

NÉCROLOGIE

Le Dr A. Duval, conseiller général du canton de Gournay (Seine-Inférieure), vient de mourir le 30 janvier. Il avait été reçu docteur en 1856.

NOUVELLES

Conseils généraux. — Le Dr Gueneau, de Nolay (Côte-d'Or), vient d'être élu conseiller général du canton de Nolay, en remplacement de M. Sadi Carnot, démissionnaire.

Legs Oulmont. — Un décret autorise l'acceptation des legs suivants faits par le Dr Oulmont :

1° Une rente annuelle de 1000 francs pour la fondation d'un prix qui sera décerné tous les ans à l'interne des hôpitaux ayant obtenu la médaille d'or au concours.

2° A l'Assistance publique, une somme de 3000 francs pour le bureau de bienfaisance du 9e arrondissement.

3° A la fondation de Rothschild, à Paris, une somme de 24 000 francs pour la fondation de deux lits dans la maison de retraite de vieillards israélites de la rue de Picpus, et une rente annuelle de 100 francs, pour la fondation de deux services religieux annuels dans la chapelle de l'hôpital israélite.

4° A l'Association des médecins du département de la Seine, une somme de 6 000 francs.

5° A l'Association générale des médecins de France, une somme de 10 000 francs.

6° Au Comité de bienfaisance israélite de Paris, une somme de 3 000 francs.

Congrès français de chirurgie. — *La troisième session du Congrès de chirurgie* se tiendra du 12 au 17 mars 1888, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Questions à l'ordre du jour : Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès. I. De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses). II. De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive. III. Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétevan et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs. IV. De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes de la prophylaxie.

Extraits des statuts : I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie. III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile en payant la cotisation.

Extrait du règlement : I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au Secrétariat général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session. III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au Secrétaire général trois mois avant

l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

Adresser toutes les communications à M. le Dr Pozzi, Secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.

INAUGURATION DU MONUMENT FUNÉRAIRE ET DU BUSTE ÉLEVÉS A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR JULES BÉCLARD. — Cette inauguration est fixée au jeudi 9 février prochain, anniversaire de la mort du regretté professeur et doyen de la Faculté.

Les personnes qui, par une omission involontaire, n'auraient pas reçu de lettre d'invitation, sont priées de considérer comme telle le présent avis.

Le rendez-vous est au cimetière du Père-Lachaise, à 1 heure 1/2 précise.

Nous reproduisons, à ce propos, l'affiche suivante apposée à la Faculté de médecine :

« Le comité de souscription du monument et du buste élevés à la mémoire du professeur JULES BÉCLARD, ancien doyen de l'Ecole, au cimetière du Père-Lachaise, a l'honneur d'informer Messieurs les étudiants que l'inauguration de ce monument aura lieu le 9 février prochain, à 1 heure 1/2 précise ; et les invite à y assister.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. les Drs Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 13 février, à 4 h. 1/2, rue du Pont-de-Lodi, 5.

Le cours aura lieu tous les jours à la même heure, et sera complet en 40 leçons.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. Boissard, 67, rue St-Lazare, ou à M. Berthod, 17, Place de la République.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 22 *au* 28 *janvier* 1888. — Fièvre typhoïde, 23.— Variole, 12. — Rougeole, 14.— Scarlatine, 6. — Coqueluche, 13.— Diphtérie, Croup, 47. — Phthisie pulmonaire, 191. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54.

Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 58. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 58.

Bronchite aiguë et chronique, 101. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 136.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 39.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 35. — Sénilité, 39. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 209. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 1153. — Résultat de la semaine précédente : 1167.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 16 MARDI 7 FÉVRIER 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 16 Mardi 7 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 6 février 1888.

L'Association générale des médecins de France.

La Société centrale de l'Association générale des médecins de France a tenu hier dimanche son assemblée annuelle dans le grand amphithéâtre de l'avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire d'abord in extenso le discours du président en signalant surtout la largeur de vue avec laquelle M. Lannelongue salue l'apparition des nouvelles Sociétés médicales qui ont pour but d'améliorer, autant que possible, notre situation matérielle. Voici ce discours :

« Messieurs, l'année qui vient de s'écouler ne s'est pas montrée clémente envers l'Association générale des médecins de France et la Société centrale en particulier. Deux hommes des plus influents, ayant eu l'un et l'autre la confiance la plus entière de l'Association, y ayant occupé les situations les plus élevées, s'y étant montrés utiles de toutes les manières, ont disparu à quelques mois d'intervalle. Certainement Gosselin fût mort votre Président si la maladie ne l'eût contraint à se séparer de vous, et cela n'a été ni sans regrets ni sans amertume.

« Mais si cette retraite nous avait en quelque sorte préparés à une perte douloureuse, rien ne nous faisait prévoir la mort de Foville. Ce dernier était le secrétaire général de notre grande Association médicale : c'est dire qu'il occupait le poste le plus en vue, le plus difficile, le plus délicat, celui qui nécessite des qualités de tout ordre.

« Pour une semblable tâche, non seulement Foville possédait ces qualités nécessaires, mais c'était de plus une intelligence distinguée, un esprit d'élite. Son talent d'écrivain était persuasif et avait le don de plaire ; sa parole était plus que suffisante pour se faire écouter, car l'idée était nette, la raison sûre, les vues droites et pleines de

sens. Il avait à cœur les intérêts de l'Association, et comme il prenait une part des plus actives à nos travaux, aucune question ne lui était étrangère ; il en cherchait la solution avec autant de persévérance que de tact.

« L'émotion causée par de pareilles pertes m'a imposé l'obligation de vous en parler tout d'abord. Je le devais à la mémoire de nos deux confrères qui, au moment de leur mort, nous ont donné une pensée généreuse et charitable, comme un dernier témoignage de leur dévouement pour l'œuvre à laquelle ils s'étaient consacrés.

« Dans un instant, votre secrétaire, l'honorable M. Piogey, vous exposera avec fidélité et un soin scrupuleux, le résumé des réunions de votre commission administrative, vous annonçant les nouvelles recrues plus nombreuses cette année que la précédente, les incidents survenus et vous présentant votre situation morale.

« Après lui, M. Brun, votre vénérable et exemplaire trésorier, ce serviteur modeste de l'association dont le zèle augmente toujours et qui ne poursuit qu'un but : votre prospérité croissante, vous fera la part exacte de l'état de vos finances. Vous entendrez dire, chose pas très commune de nos jours, qu'après avoir rempli tous ses engagements vis-à-vis de l'Association mère, la Société centrale a un budjet en parfait équilibre.

« Cependant je ne partirai pas de là et je n'invoquerai pas une prospérité réelle reposant sur des adhérents toujours plus nombreux, pour vous inviter à vivre dans une quiétude absolue. Aujourd'hui moins que jamais, on ne doit négliger rien de ce qui touche à la prospérité de l'Association.

« De toutes parts, on fait de notables et je dirai aussi de louables efforts pour porter remède aux détresses et aux infortunes de la profession médicale. Les associations se multiplient sous des formes et des noms divers et il n'est pas jusqu'à la suspension temporaire du travail pour cause de maladie que l'on ne veuille désormais garantir par voie d'assurance.

« C'est avec satisfaction, disons-le tout de suite, que nous constatons ces heureux effets dont nous souhaitons le succès; car ici ne règne pas cet esprit étroit qui consiste à voir de la rivalité là où on ne doit rencontrer qu'une aide. Comment ne peut-on pas être heureux de voir surgir, quel qu'en soit le principe, tout appel ou tout encouragement à la prévoyance et à l'épargne !

« Si nous avons la satisfaction de secourir toutes les détresses qui nous sont signalées, néanmoins nous regrettons quelquefois de ne pouvoir le faire dans une mesure plus large. Et comme nous n'exigeons de chacun de nos adhérents qu'un sacrifice insignifiant pour qu'il soit à la portée de tous, il en résulte que le grand nombre seu

peut augmenter efficacement nos ressources. C'est ce calcul, d'une simplicité extrême, qui est peut-être cependant la cause la plus vraie de la prospérité non interrompue de l'Association depuis son origine; il en est le fondement ou la constitution même.

« Mais il est arrivé — et avec la durée de l'œuvre il arrivera plus encore — qu'une autre source d'augmentation de revenus a beaucoup facilité le progrès de l'Association : ce sont les dons et les legs qui lui sont faits. Ces donations, qui constituent une partie importante de notre avoir, sont attirées, j'en suis convaincu, par le caractère exclusif de charité inhérent à l'œuvre. Ce qui ne serait pas donné en vue d'un droit acquis par des sociétaires, l'est fréquemment et généreusement lorsqu'il s'agit de concourir à une répartition qui n'a d'autre but que le soulagement d'infortunes et de détresses chez ceux qui ont fait preuve de bon vouloir dans les jours heureux. C'est au nom de ce principe que chacun de nous a le droit de faire un appel pressant à la fois à ceux qui ignorent notre association et qui sont les nouveaux venus dans la famille médicale, et aussi à nos confrères qui n'en ont pas encore compris la pensée saine et bienfaisante. »

M. Piogey, le secrétaire, avait à faire le rapport sur les actes accomplis par la Société pendant le cours de l'année dernière. Il a surtout cherché à montrer à nos confrères l'utilité de faire partie de l'Association; chaque année voit augmenter le nombre des demandes faites par les médecins étrangers à la Société ou par leurs familles On donne toujours, en pareil cas, mais une somme de beaucoup inférieure à celle réservée aux sociétaires ou à leurs parents, et ce n'est que justice; mais M. Piogey cite des exemples de confrères qui ont eu à regretter bien amèrement l'insouciance et l'égoïsme dont ils avaient fait preuve au temps de leur prospérité relative.

La partie la moins agréable de la tâche du secrétaire consistait à rendre hommage aux 23 collègues décédés dans le cours de l'année dernière. Il s'est principalement arrêté sur les noms de Gallard, Béclard, Bernutz, Foville, Gosselin, Vulpian, Giraud-Teulon et Aronssohn. Heureusement nous avons à enregistrer 50 adhésions nouvelles, chiffre supérieur à celui des précédentes années, tandis que les décès, au contraire, étaient beaucoup moins nombreux, 23 au lieu de 34 pendant l'exercice 1886.

L'exposé de l'état de nos finances a été fait par M. Brun, qui remplit avec un dévouement si persistant les fonctions de trésorier de la Société. Le total des recettes pour l'exercice 1887 a été de 18.174 fr., dont 14.783 francs pour admissions et cotisations, en y comprenant la généreuse cotisation annuelle de 1.000 francs de M. Marjolin. La

Caisse des Dépôts et consignations a bonifié la Société de 2.385 francs pour intérêts à 4 1/2 0/0 de la somme de 53.000 francs, qui constitue la grande réserve de la Société. Le reste est constitué par des dons, et si l'on ajoute le reliquat de caisse de l'année précédente, cela fait un total de 20.813 fr. 88.

La commission administrative a distribué 6.685 francs de secours à 46 personnes, dont 5 sociétaires et 18 veuves de sociétaires ; les 23 autres personnes étaient des médecins ou des veuves de médecins étrangers à l'Association. Ces derniers n'ont pu, en vertu des statuts, recevoir que des secours peu élevés.

Trois sociétaires sont inscrits à la caisse des pensions viagères de l'Association, et reçoivent une pension annuelle de 600 francs.

Les autres dépenses sont celles qui se répètent chaque année : frais d'impressions, de recouvrement, de loyer, versements statutaires à l'Association générale, etc. En résumé, l'état de nos finances est prospère, et il serait difficile qu'il en fût autrement avec de généreux confrères comme M. Ricord, qui a donné une grosse somme à la fin de cette séance, et comme M. Roger qui, à sa cotisation déjà perpétuée de 200 francs, vient d'ajouter 20 francs de rente pour aider à compenser la perte qu'ont subie nos finances par le fait de la conversion du 4 1/2 en 3 0/0.

A. Chevallereau.

Hyperthermie éphémère (42°1) au début d'une pneumonie franche. Défervescence le onzième jour. Le quinzième jour, phlegmasia alba dolens (1).

Par le Dr L. Galliard.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

M. A..., négociant, 34 ans, vient me consulter chez moi, le 29 novembre 1887, pour une douleur qu'il éprouve *depuis le matin* au côté gauche de la poitrine. Il n'a pas eu de frisson, mais un malaise très accentué, de l'inappétence, de la céphalalgie, de la courbature, une fatigue, une lassitude qui l'inquiètent. Je constate chez lui de la fièvre : le pouls est rapide, la peau chaude (pas d'indication thermométrique) ; la langue est chargée d'un enduit blanc épais ; pas d'anxiété respiratoire. J'examine avec soin la poitrine, spécialement à gauche, au siège de la douleur, et ne puis découvrir qu'une seule chose : une légère atténuation du murmure vésiculaire

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

à la base, mais il n'y a ni matité, ni râles, ni frottement, ni modification de la voix, ni diminution des vibrations.

Cependant, le point de côté est bien net; pour le combattre, je prescris un vésicatoire de 6 centimètres sur 8; je formule en outre une potion opiacée pour la nuit. Je recommande au malade de rentrer immédiatement (il est du reste venu en voiture) et de se mettre au lit.

Le lendemain soir, 30 novembre, à 8 heures, M. A... me fait appeler chez lui. La journée a été mauvaise: le vésicatoire n'a pas fait disparaître le point de côté. La peau est très chaude, P. 128, facies animé. Un peu de toux, pas de crachats, pas de dyspnée, mais les mouvements s'effectuent difficilement. Langue sale, inappétence, constipation; urine rare, épaisse. Ventre souple, non douloureux à la pression. J'ausculte avec soin les deux côtés de la poitrine, préoccupé de découvrir un foyer pneumonique; mais il n'existe rien d'appréciable.

Renouvelant l'interrogatoire, j'apprends que, depuis quelques jours déjà, M. A... éprouve du malaise, et que, le dimanche 27 novembre, il s'est exposé au froid et à l'humidité. Sa santé est habituellement bonne, quoiqu'il ait le teint pâle. Il est très actif, marche beaucoup, va à la chasse, etc. La seule affection dont il ait souffert est une uréthrite à répétition. Il m'a consulté au commencement du mois pour une hémorrhagie uréthrale qui a guéri assez rapidement; et même le suintement consécutif à cet accident a disparu depuis plusieurs jours. Pas d'excès vénériens, pas d'alcoolisme. Le père du malade est dyspeptique et hypochondriaque, la mère bien portante.

Malgré l'absence de signes physiques, je crois prudent d'annoncer à l'entourage du patient l'imminence d'accidents thoraciques sérieux; je prescris un sinapisme au côté gauche, et, pour le lendemain, de bonne heure, deux verres d'eau d'Hunyadi Janos; on continuera la potion opiacée le soir.

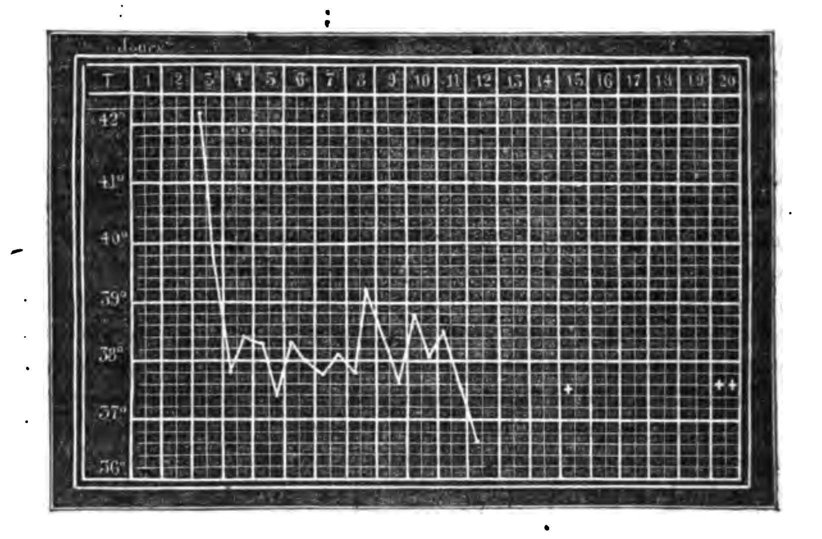
Le 1er décembre (3e jour de la maladie), à 11 heures, je trouve M. A... abattu et fatigué. Il a peu dormi la nuit, sans avoir cependant ni excitation ni délire. Il a saigné du nez le matin, et, en toussant, il a rejeté plusieurs crachats sanguinolents; mais ce ne sont pas de véritables crachats pneumoniques; on me montre des mucosités bronchiques avec des stries sanguines. La purgation a déterminé d'abondantes évacuations; le malade n'a pas hésité à descendre du lit à chaque occasion. Transpiration abondante la nuit.

Du reste, il n'accuse que de la fatigue et une douleur encore vive au côté gauche; il ne se plaint pas de céphalalgie et répond très exactement à toutes mes questions. La respiration est facile; la toux rare. Le pouls est à 132.

En résumé, rien ne semble indiquer, dans cet ensemble symptomatique, une aggravation notable de l'état du malade : aussi n'est-ce pas sans surprise qu'ayant laissé le thermomètre *dans l'aisselle* pendant un temps convenable, je vois l'index dépasser 42° et s'arrêter à 42°1.

J'examine le côté gauche et je constate simplement de la submatité avec respiration très obscure à la base. Rien en avant, rien au cœur. Je prescris 30 ventouses sèches et quatre scarifiées au côté gauche. Cachets renfermant : sulfate de quinine 0.30 centigrammes, à prendre à 3 heures et à 5 heures.

A 6 h. 1/2, le pouls est encore à 128, mais la température a déjà baissé : 39°6. Mêmes crachats striés de sang. Rien de nouveau à l'auscultation. Cachets de sulfate de quinine à 7 heures et à 9 heures. (En tout 1 gr. 20 dans la journée).



Le 2 (4° jour). Mêmes doses à 6 heures et à 8 heures. A 9 heures, la défervescence est faite : je trouve 37°8 dans l'aisselle. On continuera cependant les doses de quinine à 1 heure, 3 heures et 5 heures. En tout, 1 gr. 50 dans la journée.

Le soir 38°4. P. 104. Les crachats sont plus caractéristiques sans qu'il y ait encore le mélange intime du sang au mucus, la teinte brique et la viscosité. Toux peu fréquente. C'est seulement aujourd'hui qu'apparaissent à la base gauche, en arrière, les râles crépitants fins. Le foyer pneumonique existe donc bien en ce point. Peu de râles de bronchite dans le reste de la poitrine. Pas de phénomènes abdominaux ; la constipation nécessite un lavement.

Le 3 (5e jour). T. 38,3 le matin, 37,4 le soir ; même état. Peu de sommeil la nuit : on est obligé de faire prendre une légère dose d'opium. Le malade boit du cognac, du vin avec de l'eau de Seltz, du bouillon et du lait.

Sulfate de quinine 1 gr. 20, en 4 fois.

Le 4 (6e jour, T. 38,3, Les signes locaux s'accentuent à la base gauche : matité, râles crépitants. Souffle bronchique, bronchophonie. Crachats sanguinolents, plus visqueux qu'au début. Nouveau vésicatoire.

Sulfate de quinine 0,90 centigrammes, en 3 fois.

Soir T. 38°. Sueurs profuses.

Le 5 (7e jour). T. 37,8 le matin, 38,1 le soir. Le malade paraît assez bien, il cause avec plusieurs personnes. Mêmes boissons. Sulfate de quinine 0,60 centigrammes. Le foyer pneumonique occupe la moitié inférieure du poumon gauche.

Le 6 (8e jour). T. 37,8 le matin, P. 84. Amélioration notable. Mêmes crachats mêlés de sang. Le malade est autorisé à changer de lit. Pas de sulfate de quinine. Je m'abstiendrai de revenir le soir.

Après mon départ, M. A... quitte son lit et fait quelques pas pour se placer dans une autre couche, puis au bout d'une heure il revient. Ce changement le fatigue notablement. Le soir, on prend la température : 39 2 dans l'aisselle. Pour la première fois, la mère du malade, qui l'a surveillé chaque nuit attentivement depuis le début, l'entend prononcer des paroles incohérentes. Le délire de paroles, qui a fait défaut pendant la période hyperpyrétique, se manifeste au milieu de la nuit, à 3 heures du matin. Pas de délire d'action.

Le 7 (9e jour). On m'apprend que la nuit a été mauvaise ; la famille, jusque-là trop rassurée sur l'issue de la maladie, devient visiblement inquiète, d'autant plus qu'un frère du patient a succombé, il y a quelques années, à une pneumonie. Nous convenons que le professeur Dieulafoy sera prié de venir en consultation.

Ce matin, P. 108, T. 38,4. Le malade a pris deux verres d'eau purgative ; quatre selles. Il a une certaine loquacité, mais pas de désordre intellectuel ; ses réponses sont très nettes. Il se plaint d'un point de côté à droite : on ne trouve là cependant que des râles de bronchite. 30 ventouses sèches, 3 scarifiées. Sulfate de quinine 0,50 centigrammes à midi.

M. Dieulafoy vient à 5 heures avec moi. Il confirme mon diagnostic : pneumonie de la base gauche sans pleurésie. On trouve en effet de la matité, du souffle tubaire et de la bronchophonie, des râles crépitants et sous-crépitants; vibrations conservées ; quelques râles fins de congestion pulmonaire à la base droite. Rien au cœur. Les

crachats sont encore non pas rouillés ni couleur brique, mais sanguinolents.

Du reste, la température a baissé depuis le matin : 37,6 seulement dans l'aisselle. P. 80. Le pouls est très variable. Pendant que M. Dieulafoy ausculte le malade en arrière, je compte 120 pulsations. Au bout d'un moment, dans le décubitus dorsal, le pouls retombe à 84. Langue encore chargée, sale. Pas de douleurs de ventre. Urines rares et épaisses. Sueurs profuses. Pas d'herpès des lèvres. Pas de rougeur de la pommette ni de phénomènes pupillaires.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE.

DES ACCIDENTS PRODUITS PAR LA BENZINE ET LA NITRO-BENZINE. — MM. le Dr *E. Neumann* et *Alb. Pabst* ont publié, dans les *Annales d'hygiène*, un mémoire sur ces accidents qui jusqu'ici n'ont pas été souvent signalés. Le Dr Perrin est le premier qui ait, dans l'*Union médicale* de 1861, appelé l'attention sur les phénomènes produits chez les dégraisseurs, par l'inhalation des vapeurs de *benzine*; la même année, paraissait à Paris la thèse inaugurale du Dr Gabalda.

Dans la forme légère de l'empoisonnement, on observe de la céphalalgie, des vertiges, des étourdissements, de l'ébriété qui peut aller jusqu'à la perte de connaissance. Ces troubles se dissipent rapidement si l'ouvrier quitte l'atelier et va prendre l'air. C'est à cette forme légère que se rattachent les phénomènes observés chez les teinturiers et chez les dégraisseurs.

Outre cette action générale sur les centres nerveux, la benzine produit encore sur les mains et sur les bras un effet local qui a pour résultat de déterminer un léger tremblement de ces organes avec sensation pénible de fourmillement et d'engourdissement. C'est à cette influence particulière que les ouvriers font allusion quand ils disent que la benzine attaque les nerfs.

A propos de ces accidents, on a peut être incrimé à tort la benzine ou, du moins, la benzine pure : celle-ci, en effet, est d'un prix trop élevé pour être employée dans les teintureries, et, d'ordinaire dans ces établissements, on la remplace soit par des homologues supérieurs de la benzine bouillant au-dessus de 130° (méthylbenzine ou toluènes, triméthylbenzine ou mésitylène, isopropylbenzine ou cumène, etc.), soit par les pétroles légers qui se vendent aussi sous le nom de benzine à détacher. C'est à ces produits qu'il faut rapporter, sinon en totalité, du moins en partie, la plupart des symptômes qui se manifestent habituellement chez les teinturiers.

On peut observer des troubles plus graves chez les ouvriers occupés à la distillation de la benzine. On retrouve là, comme dans la forme légère, mais à un degré plus marqué, l'ivresse accompagnée d'un délire bruyant : l'individu devient d'une loquacité intarissable ; d'autres fois, la parole s'embarrasse et le malade bredouille. On a également signalé l'aphasie persistant pendant plusieurs jours, des accès épileptiformes répétés, parfois suivis de coma, d'aphonie, des troubles mentaux (changement et bizarreries de caractère, hallucinations). La perte des facultés génésiques constitue quelquefois un des premiers symptômes de l'intoxication chronique. On voit aussi des parésies, des paralysies, des hémiplégies faciales (Guyot, *Union médicale*, 1879), des troubles de la sensibilité (anesthésie, hypéresthésie).

M. Quinquaud a observé chez des ouvriers occupés à la fabrication de la benzine, de l'anémie se révélant tant par l'apparence générale que par l'examen du sang.

Le pouls est en général régulier, légèrement accéléré ; la peau chaude, le regard et le faciès animés ; le malade exhale une forte odeur de benzine, les dents et le bord libre des gencives peuvent présenter une coloration noirâtre ; ce liséré est plus foncé que le liséré saturnin dont il se différencie également par sa tendance à envahir toute l'étendue des dents.

Il n'y a aucune manifestation du côté des voies digestives.

Ces faits cliniques, ainsi que les expériences faites sur les animaux, permettent de comparer l'action de la benzine à celle du chloroforme et plus encore à celle de l'alcool. Aussi les ouvriers qui ont fait des excès de boissons sont-ils beaucoup plus rapidement et plus gravement influencés que les autres ; chez eux l'action de l'alcool semble compléter celle de la benzine.

L'état de la science ne permet pas de faire la pathogénie des accidents causés par la benzine ; cependant les principaux troubles fonctionnels semblent indiquer que le poison exerce plus spécialement son action toxique sur l'encéphale.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de l'action des vapeurs de benzine ; les faits d'empoisonnement à la suite d'ingestion de benzine sont tout à fait exceptionnels. Les symptômes sont d'ailleurs les mêmes.

La *nitrobenzine* se prépare en attaquant la benzine par un mélange d'acide sulfurique et nitrique dans des vases en fonte munis d'un agitateur et fermés avec soin. La nitrobenzine, comme l'aniline, peut être introduite dans les voies digestives ou inhalée sous forme de vapeurs. Les effets du poison mettent toujours une certaine lenteur à se manifester et l'ingestion n'est suivie en général d'aucun trouble immédiat. Dans les faits d'intoxication observés chez l'homme, c'est

d'ordinaire une demie-heure à une heure après l'ingestion que surgissent les premiers phénomènes. Le malaise général, de la faiblesse, de la céphalalgie, constituent habituellement le début de l'empoisonnement. On observe déjà la coloration livide, bleuâtre, des téguments, et en particulier de la face et des extrémités. Les mains et les pieds sont froids, glacés ; les ongles sont d'un bleu mat. La cyanose s'étend aux muqueuses, on la retrouve sur les parois de la bouche, sur les gencives, sur la langue, sur le pharynx, etc. Les malades sont imprégnés d'une odeur d'essence d'amandes amères qui se répand tout autour d'eux. Cette odeur caractéristique et la cyanose constituent les traits les plus saillants de l'empoisonnement par la nitrobenzine. Le vomissement est rare, mais alors les matières vomies ont une odeur d'essence d'amandes amères ; il en est parfois de même des crachats.

A ces premiers symptômes succèdent l'angoisse, la dyspnée, l'accélération des battements du cœur qui fait bientôt place à un ralentissement. Le pouls augmente de fréquence, est petit et dépressible; la température s'éloigne peu de la normale.

Du coté du système nerveux musculaire, nous devons noter les convulsions générales, les crampes, les contractions isolées de certains muscles (trismus, opisthotonos, etc.). Quelquefois il y a perte de connaissance, perte de sensibilité et du pouvoir réflexe ; mais la sensibilité est généralement intacte et l'intelligence n'est pas troublée. Les pupilles ordinairement dilatées, quelquefois normales, sont exceptionnellement rétrécies. Kreuser (*Würtbg. Corr. Blatt*, 1887) et Bahrdt (*Arch. d. Heilk*, 1871) ont vu chez leurs malades des mouvements de rotation du globe oculaire.

L'urine exhale l'odeur d'amandes amères; elle est trouble, de densité normale, elle ne renferme pas d'albumine et ne présente rien de particulier à l'examen microscopique.

Chez quelques malades, après des rémissions passagères, survient une exacerbation au milieu de laquelle arrive la mort. Chez beaucoup d'autres, l'aggravation des phénomènes est continue jusqu'au coma ou aux convulsions qui précédent souvent, pendant de longues heures, la terminaison fatale; d'autre fois, au contraire, il y a une période de coma suivie d'une atténuation progressive de tous les symptômes.

Sur 44 observations connues, 14 ont eu une issue mortelle. La dose toxique n'est malheureusement indiquée que cinq fois; elle oscille entre quelques gouttes et un verre à eau-de-vie.

Les symptômes observés chez les ouvriers qui sont dans les ateliers de nitrobenzine présentent une grande analogie avec ces accidents aigus. On a signalé chez eux la céphalalgie, qui occupe soit la région sus-orbitaire, soit la région temporale, et qui persiste quelquefois

très longtemps après la disparition des autres symptômes. De la somnolence, des vertiges, des étourdissements pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance, sont également des symptômes fréquemment relatés dans l'intoxication chronique. Un phénomène constant est la coloration bleuâtre de la face et des extrémités. Sa cause réside sans doute dans l'altération du sang.

Certains ouvriers accusent de la lassitude, des crampes douloureuses, des fourmillements dans les extrémités et sous le cuir chevelu. Parfois, tout se borne à du malaise, de l'ardeur buccale, du picotement de la langue, de la cyanose et des vertiges. Le coma ne s'observe guère que chez les ouvriers qui ont gardé trop longtemps des vêtements imbibés de nitrobenzine liquide. L'impuissance a été signalée par Fritz (*Gaz. hebd.*, 1861).

La plupart de ces accidents disparaissent d'ordinaire très promptement, mais les rechutes sont fréquentes lorsque l'ouvrier reprend son travail. Il importe donc que les prescriptions de l'hygiène pour l'installation des ateliers soient rigoureusement observées.

A. Chevallereau.

NÉCROLOGIE

M. Fontoynont (A.-L.), pharmacien de Paris des plus estimés, mort en quelques jours d'une pneumonie, à l'âge de 52 ans.

Le Dr Saynes, d'Aigueperse (Puy-de-Dôme).

Le Dr Flouvier de Meteren (Nord), reçu en 1852.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — L'administration de l'Assistance publique vient d'augmenter de quatre le nombre des internes titulaires et de prendre à la suite quatre nouveaux internes provisoires. Ce sont par ordre de mérite :

Internes titulaires : MM. Faure-Miller (R.), Homolle, Durand et Hélary.

Internes provisoires : MM. Champeil, Sainton, Souplet et Matton.

École de médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 1er août 1888, à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Distinctions honorifiques. — Le ministre du commerce et de l'industrie vient de décerner des médailles d'honneur, en vermeil, aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de la suette miliaire qui a sévi dans le départe-

ment de la Vienne pendant l'année 1887 : MM. les Drs Augry-Laudonnière, Louradour-Ponteil (de l'Isle-en-Jourdain), Chabrier, Taffoyin (d'Availles-Limouzine), Guillaud-Vallée (de Civray), Jourdanne (de la Trémouille), Litardière, L. Thiaudière (de Lussac), Marsat (de Lathus), A. Thiaudière (d'Adriers).

École de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Bourgade de la Dardye, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne.

M. Dourif, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale.

Épidémies syphilitiques. — Voici une singulière épidémie provoquée en léchant les yeux. Elle a été observée par le Dr Tepliachnis. Dans le district de Glakowski, en Roumanie, on attribue tous les maux d'yeux à la présence de corps étrangers, et le populaire a coutume, pour chercher à les enlever, de se faire lécher le bord libre des paupières par des femmes qui exercent ce métier bien singulier. Or, une de ces espèces d'oculistes lécheuses, atteinte de syphilis et portant des plaques muqueuses à la bouche, aurait communiqué, d'après notre confrère, la maladie à près d'un dixième de la population. C'est beaucoup ! Enfin, quoi qu'il en soit, la syphilis débutait chez tous par un chancre induré de la paupière supérieure. Cette transmission est analogue à celle que l'on a vu s'effectuer parfois chez les nouveau-nés israélites, après la circoncision suivie de succion de la plaie par l'opérateur. (*Thérapeutique contemporaine.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

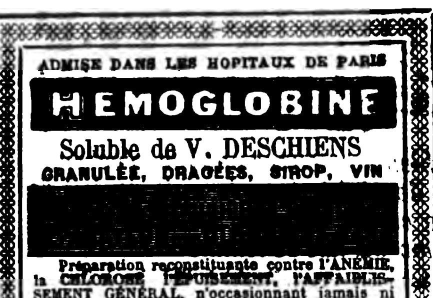
La Folie érotique, par B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 157 pages, 2 fr.

Recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 380 pages (3e édit.), 5 fr.

Les nouvelles institutions de Bienfaisance. Les Dispensaires d'enfants malades. L'Hospice rural, par le Dr A. Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 255 pages, avec 10 plans, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.



PEPTONES DE VIANDE DU Dr KOCHS

Seul Diplôme d'honneur, Exposit. univ. d'Anvers 1885
Expérimentées dans les Hôpitaux de Paris



PRÉPARÉES SPÉCIALEMENT
Pour les usages pharmaceutiques
par la
SOCIÉTÉ FRANÇAISE
de
PRODUITS PHARMACEUTIQUES
11, rue de la Perle
PARIS
Dans toutes les Pharmacies
Flacons de 500, 200, 100 et 50 gram.
Boites tablettes – Boites pastilles

La Toile Vésicante Le Perdriel

(VÉSICATOIRE ROUGE)

est connue depuis plus de soixante ans. Elle doit à une formule particulière et au soin avec lequel elle est exécutée un succès qui ne s'est point démenti. Par la promptitude de son action (*de six à dix heures*), on évite les accidents ordinaires des vésicants. *Exiger la couleur rouge et la division centimale noire* (propriété de l'auteur) *ainsi que la signature.*



MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

PASTILLES DETHAN

AU SEL DE BERTHOLLET

Exiger la Signature de DETHAN, Pharmacien à Paris, rue Baudin, N° 23, et pr. Pharmacies. — La Boite : 2f 50.

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant
Remplace *Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux*, surtout les *Bains de mer*.
Exiger Timbre de l'État. — PHARMACIES, BAINS

PILULES SUISSES

(Pilules de Coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.

VOSGES PLOMBIÈRES VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. – BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment. Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières* ou au *Dépot Principal*, **Maison ADAM**, *31, Boulevard des Italiens, à Paris.*

BLENNORRHAGIE, CYSTITE

ÉCOULEMENTS aigus ou chroniques de l'**URÈTHRE** ou de la **VESSIE**
Guérison assurée en quelques jours sans fatigue pour l'estomac, ni renvois, ni diarrhée, ni odeur des urines, par les **PILULES DE KAVA FOURNIER.**

KAVA FOURNIER

Chaque Pilule est marquée *Kava Fournier*, L'Étui, 5 fr
INJECTION AU KAVA pour assurer la guérison, Flacon 4 fr.
Exiger la Signature :
Dr FOURNIER, 22, Place de la Madeleine, PARIS.
Médaille d'OR, Paris 1885

QUINIUM ROY GRANULÉ

Formé de l'extrait aqueux et du quinium, contenant ainsi le **Tannin** et tous les **Alcaloïdes**; il représente son propre poids du meilleur quinquina titrant 3 o/o d'alcaloïdes. — *Soluble dans l'eau, le vin etc.*
A. ROY, Pharmacien, 3, rue Michel-Ange, PARIS, et Pharmacies.

7770.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 17 JEUDI 19 FÉVRIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 17 Jeudi 9 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 8 février 1888.

L'Académie a commencé hier la discussion sur le rapport de M. Fournier relatif à la prophylaxie de la syphilis. Il n'y a pas eu de discussion générale et l'on a passé immédiatement à l'examen des articles. Les trois premiers, que nous reproduisons plus loin, ont été adoptés sans observation. La discussion s'est engagée, au contraire, sur l'article IV. Sept ou huit orateurs ont pris la parole et finalement cet article, ainsi que les articles V, VI et VII, ont été renvoyés à la commission, qui ne paraît pas disposée à y changer grand'chose.

C'est en effet à propos de l'article IV que les opinions adverses se sont immédiatement heurtées. La commission, d'accord avec le sentiment général du public, trouve que livrer des femmes, quelles qu'elles soient, à l'arbitraire absolu d'un homme ou d'une administration quelconque, constitue un odieux abus contre lequel il est nécessaire de protester et de réagir. Animée de généreux sentiments, la commission demande pour tout le monde le droit commun et, désireuse de protéger avant tout la santé publique, elle demande aux pouvoirs législatifs de créer une loi assimilant aux délits la provocation sur la voie publique et renvoyant les coupables devant les tribunaux.

M. Brouardel, qui défend vigoureusement l'ordre de choses établi, avait beau jeu en critiquant les propositions nouvelles ; il a montré l'embarras des tribunaux appelés à juger de pareils délits, à entendre des témoins qui n'auront garde de se présenter et à infliger aux condamnées la peine immorale de l'inscription sur la liste des prostituées. Il faut cependant un remède à l'état de choses actuel, et il ne suffit pas de dire avec M. Brouardel qu'il a pu y avoir par hasard quelques abus.

De quelque côté qu'on se tourne, les critiques seront toujours

faciles et nous ne sommes pas prêts d'en finir avec cette discussion.

Signalons dans cette séance un discours de M. Léon Labbé qui, à propos du traitement du furoncle et de l'anthrax, revendique les droits de la chirurgie qui lui paraissent avoir été compromis par M. Verneuil, une lecture de M. Gabriel Pouchet sur la combinaison des phénols mono-atomiques avec le mercure et le calomel et la présentation par M. Dujardin-Beaumetz d'une note de M. Galippe sur une nouvelle application du chlorure de méthyle liquéfié comme anesthésique local.

M. le professeur Pitres (de Bordeaux) et M. le professeur Wannebroucq, doyen de la Faculté de médecine de Lille, ont été nommés correspondants nationaux (1re division).

A. Ch.

Hyperthermie éphémère (42°1) au début d'une pneumonie franche. Défervescence le onzième jour. Le quinzième jour, phlegmasia alba dolens (1).

Par le Dr L. Galliard.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Suite et fin*)

Le sujet se plaint d'éprouver à la main droite des fourmillements avec une sensation de froid ; la main est inhabile à saisir les objets et légèrement hypéresthésiée.

En résumé, la situation s'est améliorée depuis le matin. M. Dieulafoy annonce une terminaison favorable. Il conseille de continuer le sulfate de quinine.

Le 8. (10e jour). P. 100, T. 38°8. Malgré cette recrudescence, la nuit n'a pas été mauvaise ; le délire a fait défaut; 2 selles. Je perçois un léger frottement péricardique. Mêmes signes physiques à la base gauche. Râles fins à la base droite. Sulfate de quinine 1 gr. 50 en cinq doses, à 6 heures, 8 heures, midi, 2 heures et 4 heures. Soir 38°.

Le 9 (11e jour) 38°5. La nuit a été bonne. Pas de délire. L'expectoration est nulle, la langue sale, la bouche pâteuse.

A la base droite, submatité, râles fins, pas de souffle.

A gauche, matité dans la moitié inférieure de la poitrine ; diminution des vibrations thoraciques ; souffle tubaire, bronchophonie, râles humides.

Potion au kermès. Sulfate de quinine 1 gr. 20 en 4 fois. Soir, T. 38°. Le kermès a provoqué un vomissement.

Le 10 (12e jour). Le malade a pris une dose de sulfate de quinine,

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

0,30 centigrammes à 6 heures et une à 8 heures. A 9 heures, T. 38°5, P, 88. Crachats incolores, mousseux. On continue le kermès et on cesse le sulfate de quinine. Le malade qui, jusque-là, n'a pris que du cognac, du vin, du lait et du bouillon, a la permission de manger des huîtres. Soir, défervescence : 5.37° P. 80. 2 selles.

Le 10 (12° jour). La température s'abaisse à 36°6. P. 76. Le mouvement de défervescence de la veille s'est donc accentué. M. A... se trouve très bien. Il n'y a pas eu à noter de phénomène critique. Pas de sudation, pas de diurèse abondante. Pas d'herpès.

Le 11 (13° jour). Apyrexie; on ne prend pas la température. Crachats incolores.

Le 12 (14° jour). Les crachats sanguinolents reparaissent. A gauche, râles, submatité ; le souffle a disparu. A droite, quelques râles fins. Le frottement péricardique a disparu. Le malade n'a pas encore la permission de se lever.

Le 13 (15° jour). En se réveillant, le malade éprouve une vive douleur au mollet gauche. La jambe paraît tuméfiée. Je ne vois pas le malade ce jour-là.

Le 14 (16° jour). J'apprends l'incident de la veille. Le mollet gauche est le siège d'un empâtement douloureux. Pas de rougeur de la peau. Sur le trajet de la veine saphène externe, on perçoit nettement un cordon dur. Il y a là certainement une phlébite qui commence. Le pied n'est pas encore œdématié.

Je recommande le repos absolu et j'installe la jambe, enveloppée d'ouate, sur un coussin ; on fera des onctions laudanisées, mais on évitera toute friction du membre et tout mouvement.

Le 15. L'œdème a envahi le pied et la totalité de la jambe ; le doigt qui comprime les téguments sur la face antéro-interne du tibia y laisse son empreinte. Du reste, pas de rougeur : c'est un œdème blanc. Les douleurs, assez vives, ont troublé le sommeil de la nuit ; le malade a dû recourir à la potion opiacée. Apyrexie. P. 104. Encore des crachats sanguinolents.

Le 16. L'œdème a gagné la cuisse, de sorte que la totalité du membre inférieur gauche est intéressée. Le membre repose sur la face externe et ne peut être placé dans l'extension complète sans provoquer des souffrances. Pas d'hydarthrose du genou. Le cordon veineux médial superficiel du mollet est toujours facile à trouver, mais à la cuisse, on ne perçoit pas de cordon semblable. L'oblitération porte probablement sur la fémorale : il y a de la douleur sur le trajet de cette veine jusqu'à l'aine.

Les crachats ont conservé le même caractère. A la base gauche, on trouve encore quelques râles ; rien à droite. Du reste l'état général est bon. Pas de fièvre. Appétit, selles régulières. P. 104.

Le 18. Même œdème de tout le membre inférieur gauche ; douleur à la face interne de la cuisse jusqu'à l'aine. Sur le dos de la jambe, on voit un réseau veineux assez accentué. Le malade reste immobile au lit. Pas d'hydarthrose. P. 112.

En examinant la base gauche, le malade s'étant plaint d'un point de côté nouveau, je constate de la matité, avec abolition des vibrations, souffle léger et égophonie. Quelques râles lointains. Il existe donc un épanchement pleural peu abondant. Pas de bruit skodique en avant. Je me contente de prescrire un sinapisme et une faible dose d'opium pour la nuit.

Le 19. Le point de côté persiste à gauche. Mêmes signes de pleurésie. Pas de crachats, œdème toujours très considérable du membre inférieur, qu'on enveloppe d'ouate et de taffetas gommé. P. 104.

Le 20. L'œdème semble avoir un peu diminué. Au contraire, le liquide a augmenté légèrement dans la plèvre. Les vibrations thoraciques sont abolies sur l'espace de quatre travers de doigt. On perçoit toujours l'égophonie. Pas de traitement. Le malade mange avec appétit, boit du vin, du cognac, etc. Je lui donne une potion à l'extrait de quinquina.

Le 22. En deux jours, l'œdème du pied et du mollet a diminué notablement. On peut placer le membre dans l'extension. Rien au genou.

Le souffle et l'égophonie ont disparu à la base gauche. Encore de la submatité. Pas de crachats. P. 84.

Le 25. Le malade commence à mouvoir la jambe dans le lit, l'œdème a considérablement diminué. La saphène externe, au mollet, constitue toujours un cordon qui résiste au doigt.

A la base gauche, le liquide a disparu ; on perçoit des frottements pleuraux. Rien à droite. Pas de toux, pas de crachats. L'état général est bon. Grand amaigrissement depuis le début de la maladie.

1888. — Le 1er janvier. L'œdème a disparu complètement. M. A... quitte son lit pour la première fois ; il a du vertige et ne peut se tenir debout. Il fait quelques pas dans la chambre le 2 janvier, sans provoquer de gonflement du membre.

Le 4. A la fin de la journée, la jambe est un peu enflée.

Le 6. Il m'écrit qu'il a de la peine à fléchir la jambe sur la cuisse, et éprouve encore quelques douleurs aux deux mollets. Il se plaint encore de cet engourdissement et de cet affaiblissement de la main droite signalés pendant la période d'état de la pneumonie, et n'écrit qu'avec une certaine difficulté.

Le 8. M. A... est enchanté de me recevoir debout ; il passe la journée à écrire, à travailler, mais ne marche encore qu'avec précau-

tion en tenant les jambes écartées. L'appétit est très bon, les forces reviennent. La poitrine n'offre plus aucune anomalie.

En somme, guérison complète.

Résumons cette observation : un sujet bien portant, robuste, contracte une pneumonie franche et sans ataxie, sans dépression inquiétante ; l'hyperpyrexie se manifeste le 3e jour (la température des deux premiers jours a manqué). Immédiatement la défervescence s'accomplit. Le 8e jour, recrudescence procritique. Le 11e jour, défervescence définitive. La seule complication de la pneumonie à la période d'état a été une congestion peu intense de la base du côté opposé.

Pendant la convalescence, le 15e jour, phlegmatia alba dolens. Le 20e jour, pleurésie de la base gauche au point précis où la pneumonie avait existé. Guérison rapide de ces deux complications de la convalescence.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° des lettres de candidature de MM. Gabriel Pouchet (section de physique et chimie médicales) et Cyr (correspondants nationaux) ; 2° une note sur la pathogénie du furoncle et sur la manière de le traiter, par M. Lœwenberg.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le Dr Galippe, une note manuscrite sur une nouvelle application du chlorure de méthyle liquéfié comme anesthésique local.

Il résulte d'une note, déposée le 27 mars 1886 sur le bureau de la Société de biologie par le Dr Galippe, que le chlorure de méthyle liquéfié en solution dans l'éther ou non, appliqué à l'aide d'un pinceau, d'un petit tampon de ouate ou d'un compte-gouttes, produit de l'anesthésie locale. Une semblable solution donne au début une température de —56° C, et dans un milieu de 18° C ne revient à 0° qu'après deux heures et demie, même placée dans un simple verre à expériences.

On a pu, à l'aide de ce procédé, débrider le méat urinaire, ouvrir des abcès, inciser la peau, sans que les patients ressentissent aucune douleur. C'est surtout aux opérations qui se pratiquent sur la bouche, et en particulier aux extractions dentaires, que M. Galippe a appliqué ce procédé.

L'application du chlorure de méthyle liquéfié arrête facilement les hémorrhagies consécutives à ces diverses opérations : extraction,

ouverture d'abcès, excision de la muqueuse gingivale ou des tumeurs de la gencive.

M. *Brouardel* présente, de la part de M. le Dr Froidefond de Thenon (Dordogne), une note manuscrite à propos de quelques cas de fièvre typhoïde observés dans le canton de Thenon en 1887.

M. *Chatin* présente, de la part de M. Porte, pharmacien de l'hôpital de Lourcine, un travail manuscrit intitulé : Étude comparative de quelques procédés de vinification.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Pitres (de Bordeaux); en 2e ligne, M. Wannebroucq (de Lille); en 3e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Leloir (de Lille) et Mordret (du Mans); en 4e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Chédevergne (de Poitiers) et Lépine (de Lyon).

Pour la première place, sur 73 votants, majorité 37, M. Pitres, professeur à la Faculté de Bordeaux, est élu par 44 voix, contre 16 données à M. Wannebroucq, 10 à M. Leloir, et 3 à M. Mordret.

Pour la seconde place, sur 76 votants, majorité 39, M. Wannebroucq, doyen de la Faculté de Lille, est élu par 43 voix contre 30 données à M. Leloir, 2 à M. Lépine et un bulletin blanc.

ÉTUDE SUR LES COMBINAISONS DES PHÉNOLS MONO-ATOMIQUES AVEC LE MERCURE ET LE CALOMEL ET SUR LEUR EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE. — M. *Gabriel Pouchet* lit un travail renvoyé à la section de physique et de chimie.

TRAITEMENT DU FURONCLE ET DE L'ANTHRAX. — M. *L. Labbé* veut revendiquer dans cette discussion les droits de la chirurgie, déjà défendus du reste par MM. Le Fort, Marc Sée et Trélat. MM. Alph. Guérin, Polaillon, Richet ont d'ailleurs préconisé en pareil cas des traitements opératoires très efficaces. La méthode préconisée par M. Verneuil sera très utile, mais non d'une façon tellement générale que les chirurgiens n'aient qu'à se croiser les bras dans tous les cas. Dans les anthrax ligneux, siégeant surtout à la nuque et qui ne laissent pas sortir de pus quand on les incise, toutes les pulvérisations ne pourront rien faire. Dans ces cas, l'incision ne suffit même pas, il faut faire l'extirpation de la partie malade qui fait cesser immédiatement les accidents et empêche seule la propagation du mal.

Les pulvérisations préconisées par M. Verneuil peuvent rendre des services dans certains cas de chirurgie, mais on ne peut les appliquer à tous les cas. Ce n'est d'ailleurs pas sans doute l'opinion de M. Verneuil lui-même. Le bistouri et les caustiques recommandés par M. Polaillon sont des moyens qui ne sont pas à dédaigner.

M. *Verneuil* demande encore à ses collègues d'essayer son pro-

cédé. Ils seront surtout aptes à le juger quand ils en auront fait l'application. Ils peuvent l'employer pendant deux ou trois jours sans faire courir aucun risque à leurs malades. Sans doute, on peut guérir l'ongle incarné en amputant le gros orteil, mais il y a d'autres moyens beaucoup plus simples et d'ailleurs suffisants par lesquels il paraît bon de commencer.

DE LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS. — M. *le Président*. L'ordre du jour appelle la discussion sur les conclusions du rapport de M. Fournier, relatif à la prophylaxie de la syphilis. Quelqu'un demande-t-il la parole sur la discussion générale ?

Personne ne demandant la parole, je considère ce silence comme un hommage rendu aux travaux de la commission et de son éminent rapporteur. Nous allons passer à la discussion des articles et je donne la parole à M. Fournier pour lire l'article 1er.

M. *Fournier* lit l'article 1er ainsi conçu :

« L'Académie appelle l'attention de l'autorité sur le développement qu'a pris la provocation sur la voie publique, dans ces dernières années notamment, et en réclame une répression énergique. »

Cet article est adopté sans discussion. Il en est de même de l'article II ainsi conçu :

« Elle estime qu'il y a nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue divers modes non moins dangereux qu'a revêtus, surtout de nos jours, la prostitution publique, à savoir celle des boutiques, celles des brasseries dites à femmes, et plus particulièrement encore celle des débits de vin. »

De même pour l'article III :

« Elle signale à l'autorité, d'une façon non moins spéciale, la provocation qui rayonne autour des lycées, des collèges, et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche. »

M. *Fournier* lit enfin l'article IV :

« Elle déclare qu'au nom de la santé publique, non moins qu'au point de vue de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un délit qui doit être réprimé légalement. Elle réclame donc une loi définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit. »

M. *Legouest* demande que dans cet article l'expression « Elle déclare » soit remplacée par l'expression « Elle estime ».

M. *Lagneau* constate que les animaux sont beaucoup mieux protégés que l'homme contre les maladies contagieuses. Il trouve que l'adoption de l'article IV serait très désirable, mais il craint que l'état actuel de notre législation ne permette pas cette adoption.

M. *Dujardin-Beaumetz*. Dans les propositions de M. Fournier, il y en a qui sont applicables immédiatement, par un simple arrêté du

préfet de police ; il y en a d'autres au contraire qui ne peuvent être réalisées que dans un temps plus ou moins éloigné, puisqu'elles nécessiteront l'intervention des pouvoirs législatifs. Il faudrait donc, en attendant, demander des mesures transitoires, de manière que les vœux de l'Académie reçoivent une satisfaction immédiate des pouvoirs publics.

M. *Brouardel* croit aussi que l'Académie entre dans une voie singulière, par exemple lorsqu'elle demande l'intervention judiciaire dans les cas de provocation. Il n'est pas très facile de délimiter les actes de provocation, le coup d'œil provocateur. Si vous traduisez devant les tribunaux une fille pour des actes de provocation, vous n'aurez qu'un témoin, l'agent des mœurs ; l'homme raccroché ne se présentera jamais, à moins que vous ne l'arrêtiez lui-même ; d'autre part, l'agent des mœurs, forcé de comparaître devant les tribunaux, sera rapidement *brûlé* et ne servira plus à rien. Enfin, pour que les tribunaux condamnent, il faudra un grand nombre d'actes de provocation. Vous ne trouverez jamais un tribunal qui consente à obliger une fille à devenir prostituée ; il peut condamner pour des actes commis, mais non pour de simples provocations ; d'autre part, il ne peut condamner à une peine qui serait immorale.

M. Brouardel demande donc que cet article IV soit renvoyé à la Commission.

M. *Le Fort* se déclare l'auteur de cette proposition dans la Commission. Alors qu'il était chirurgien de l'hôpital du Midi, cette question l'a beaucoup intéressé. Voici ce qui différencie les deux systèmes employés en France et en Angleterre. A Paris, la police seule est maîtresse de mettre les filles en carte. Celles-ci ne peuvent en sortir que par la mort, par le mariage, ce qui est plus commun qu'on ne croit, ou lorsque quelqu'un leur assure les moyens de vivre pendant un an et un jour. Les filles inscrites sont donc absolument sous la dépendance de la police.

En Angleterre, on avait senti le besoin d'intervenir dans la réglementation de la prostitution, parce que l'armée et la marine avaient un nombre considérable de malades ; cela équivalait à la perte de deux journées de service pour l'armée tout entière. Vous savez combien l'Angleterre a le respect de la liberté individuelle. Aussi, lorsqu'une femme se livrait à la prostitution commune et vulgaire et lorsqu'elle était dénoncée à la police, on l'arrêtait et elle figurait dans les vingt-quatre heures devant un tribunal. Il y avait un débat contradictoire. Le surintendant de la police était responsable. C'était à lui à fournir des preuves, la femme se défendant de son mieux. Si la femme était reconnue coupable, on la condamnait à l'inscription pendant un an et un jour. Au bout de ce temps, la fille pouvait

obtenir son rapatriement dans son pays natal, aux frais mêmes de la ville.

A Paris, lorsque les filles demandaient à être inscrites, on s'ingéniait d'abord à leur trouver de l'ouvrage et ce n'était qu'après plusieurs tentatives infructueuses qu'on les inscrivait. Dans la loi anglaise comme dans la loi française, on obligeait à un séjour à l'hôpital les femmes malades ; mais lorsqu'un médecin jugeait nécessaire de prolonger le séjour d'une malade dans ses salles, il était tenu de lui donner un certificat constatant que, ne la considérant pas comme guérie, il l'avait retenue dans son service. La femme pouvait avoir par la suite recours contre lui.

En Angleterre, la famille ne perd pas ses droits sur la fille mineure, même quand elle est prostituée ; si bien qu'un petit nombre de filles étaient inscrites, car il y avait un grand nombre de mineures parmi les prostituées. Les choses ont changé depuis et la police a repris son pouvoir sur les prostituées, même quand elles sont mineures.

Cette loi que M. Le Fort trouve excellente a cependant disparu. Cela tient à la campagne qu'ont faite des dames et des clergymen ; une ligue s'est formée pour la suppression de la reconnaissance de la prostitution en Angleterre. On connaît la puissance des ligues en Angleterre ; celle-ci a fini par avoir gain de cause. Il semble à M. Le Fort qu'il vaut mieux livrer les filles prostituées aux tribunaux que de les laisser abandonnées à l'arbitraire administratif.

M. *Lagneau* est frappé de la difficulté que l'on éprouverait à considérer la provocation comme un délit. M. Fournier a parlé de ce qui se passe aux abords des lycées, et, en particulier, du lycée Condorcet ; mais l'article 334 du code pénal punit l'excitation des mineurs à la débauche, quelque soit le sexe de ces mineurs. Cet article peut encore être appliqué dans les cas de prostitution clandestine chez les marchands de vin, dans un certain nombre de cas au moins.

La loi sur les enfants moralement abandonnés pourrait encore être applicable aux prostituées mineures, qui peuvent assurément être considérées comme moralement abandonnées par leurs parents.

M. *Fournier* répond à M. Dujardin-Beaumetz qu'il avait à faire un rapport et non deux rapports sur la prophylaxie de la syphilis, l'un portant sur les mesures immédiatement applicables, l'autre sur les mesures qui ne pourraient être appliquées que dans un certain nombre d'années ; et, d'autre part, parmi les mesures qui ne pourraient être appliquées que dans un avenir très lointain, un certain nombre pourraient avoir une solution beaucoup plus rapide avec la condescendance de l'administration.

M. Brouardel et M. Fournier sont en désaccord non seulement sur

la forme, mais encore plus sur le fond des choses. M. Brouardel ne veut pas que les prostituées soient déférées aux tribunaux ; il veut les laisser sous l'entière dépendance de la police. Aujourd'hui, l'opinion publique a prononcé : il faut qu'au nom de la liberté commune tout rentre dans le droit commun ; il n'est pas admissible que, quelle que soit sa moralité et son honorabilité, un seul homme ou même une seule administration puissent ainsi être maîtres de la liberté des particuliers.

M. *Brouardel.* On a considéré comme un arbitraire odieux l'action toute puissante de la police ; il y a eu peut-être quelques exagérations, mais si d'autre part vous déférez ces affaires aux tribunaux, au contraire, vous n'aurez jamais de condamnations. Si un homme va se plaindre qu'une fille lui ait donné un chancre, on pourra lui répondre : Cette fille vous a provoqué, c'est possible, mais vous êtes allé vous-même au devant du danger ; tandis que si un chien enragé se jette sur vous, il n'y a pas eu là provocation, et il y a un coupable responsable : c'est le propriétaire du chien. Le procédé proposé par la commission paraît à M. Brouardel absolument inapplicable en France.

M. *Le Fort.* Dans la répression de la prostitution, il y a deux éléments : il faut prouver que les filles se livrent à la prostitution et il faut inscrire celles qui le font.

Ce que la commission demande, c'est que cette mesure ne soit pas prononcée par l'autorité administrative, mais par les tribunaux. Il n'est pas possible que la femme soit un objet que l'on inscrit et dont on dispose comme on veut.

On nous a reproché de n'avoir pas consulté de jurisconsultes, mais nous nous bornons à demander une nouvelle loi dans laquelle on mettra ce qu'on voudra.

M. *Hardy* demande que l'article soit renvoyé à la commission et que l'on adjoigne à la commission quelqu'un ayant une autorité spéciale. On pourrait ici assimiler la provocation non à un délit, mais à une contravention.

M. *Le Fort.* C'est justement parce que cela n'est pas un délit que nous demandons une loi. On ne peut condamner quelqu'un pour une contravention à une peine d'un an et un jour.

M. *Vidal* demande à quel tribunal M. Fournier fait allusion : serait-ce le tribunal correctionnel ou le tribunal de simple police ou un tribunal spécial ?

M. *Fournier.* Nous demandons des juges quelconques. En effet, l'état actuel est odieux à tout le monde : il est absolument inadmissible qu'un monsieur quelconque puisse décider à son gré de la liberté d'une femme.

L'esprit qui a dirigé la commission est également celui qui a inspiré le vote à l'unanimité de l'Académie de Belgique. Au lieu de laisser l'honneur et la liberté des personnes à la disposition de l'administration, nous voulons les confier aux tribunaux.

M. *Legouest* demande le renvoi à la commission pour fondre en un seul les articles IV, V, VI et VII.

M. *Laborde* trouve que le débat actuel est un débat juridique dans lequel l'Académie n'a rien à faire. Nous ne délibérons plus comme corps savant appelé à discuter une question scientifique : nous discutons un point juridique et nous ne nous entendons pas parce que nous ne sommes pas compétents.

M. *le Président*. L'Académie ne discute pas un point juridique : elle demande au contraire qu'une loi faite par d'autres vienne définir le délit.

M. *Le Fort*. On ne peut pas introduire un magistrat dans une commission de l'Académie : c'est alors qu'on pourrait nous accuser de vouloir faire une loi. D'ailleurs, il serait difficile de s'entendre sur le choix du magistrat que l'on prendrait, et tous les membres de la commission ont déjà consulté isolément des magistrats. Nous ne sommes pas arrivés ici sans nous être préalablement éclairés.

M. *Besnier*. Une chose nécessite le renvoi à la commission, c'est que la proposition faite par M. Fournier : le renvoi à un tribunal, paraît inexécutable à M. Brouardel.

M. *Larrey* propose que le rapporteur ait l'obligeance de résumer instantanément la question pour que l'on puisse voter.

M. *Fournier* demande à l'Académie d'indiquer à la commission dans quel esprit elle veut que ces articles soient modifiés. L'Académie veut-elle laisser les choses dans l'état actuel, avec cet arbitraire qui répugne à tout le monde, ou bien en remplaçant la police par les tribunaux ?

M. *le Président* consulte l'Académie sur le renvoi à la commission des articles IV, V, VI et VII. Ce renvoi est prononcé.

La séance est levée à 5 heures.

NOUVELLES

—

LA MÉDECINE EN TUNISIE. — Une commission est instituée à l'effet de préparer un projet de règlement sur l'exercice de la pharmacie et de la médecine dans la régence.

SECOURS AUX MÉDECINS.—Hier matin, a eu lieu, au ministère de l'intérieur,

chez M. Monod, directeur de l'Assistance publique, une réunion préparatoire en vue de la création d'une caisse de secours destinée à venir en aide aux familles des médecins victimes de leurs devoirs professionnels.

Il a été décidé que les internes et externes des hôpitaux, régulièrement nommés seraient assimilés aux médecins au point de vue des secours à recevoir.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — M. le Dr Febvre, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, est nommé à l'un des emplois de médecin en chef créés dans le même établissement, en remplacement de M. le Dr Rey, non installé.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Le Dr Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 12 février prochain, à 9 heures 1/2 du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

La Folie érotique, par B. BALL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 157 pages, 2 fr.

Recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale, par H. BACHELET, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. — Paris, 1888, 1 vol. in-12 de 380 pages (3e édit.), 5 fr.

Les nouvelles institutions de Bienfaisance. Les Dispensaires d'enfants malades. L'Hospice rural, par le Dr A. FOVILLE, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 255 pages, avec 10 plans, 3 fr. 50.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par Alice SOLLIER, née Mathieu Dubois. — Un volume in-8 de 180 pages, avec 32 figures. Prix : 4 fr.

Alexandre MALOINE, librairie médicale et littéraire,
91, boulevard Saint-Germain, 91.
Près la Faculté de médecine, vis-à-vis la cour du Commerce.

Vient de paraître : **Exposé pratique du traitement de la rage par la méthode Pasteur.** Historique. Communications. Technique. Résultats, par le Dr J.-R. SUZOR. Ouvrage précédé d'une lettre autographe de M. Pasteur, in-8° avec figures. Prix : 5 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

[Tr]ente-cinquième année. — Tome I. N° 18 Samedi 11 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

[Adresser] ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 18 Samedi 11 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

Le strophantus.

Depuis que Fraser a fait connaître le strophantus, cette plante a fait l'objet de nombreuses recherches de la part des chimistes, des physiologistes et des médecins. Le principe actif que l'on en retire est un glycoside, la strophantine, que MM. Fraser, Gallois et Hardy, Catillon, Bardet et Adrian, ont retirée des semences de la plante. Bien que le corps désigné de ce nom ne paraisse pas être toujours identique à lui-même et qu'il soit composé probablement de plusieurs substances, on ne lui a reconnu aucune des propriétés attribuées aux alcaloïdes en général. C'est ainsi que la strophantine, mise à digérer avec l'acide chlorhydrique, décolore la liqueur de Fehling; elle forme avec le tannin un précipité cailleboté soluble dans un excès de strophantine ; enfin, les acides minéraux et organiques la transforment par fixation des éléments de l'eau en glycose et en strophantidine, ce qui caractérise d'une manière générale les glycosides. Il importe de remarquer que les espèces connues de strophantus fournissent une quantité très variable de principe actif; il en résulte que la teinture, car c'est sous cette forme que l'utilise la thérapeutique, possède une activité très différente suivant l'espèce qui a servi à sa préparation. Ainsi, d'après les recherches de M. Catillon, les semences expérimentées par M. Polaillon renfermaient 5 p. 100 d'extrait, tandis que le strophantus Kombé n'en renferme que 1 p. 100; c'est d'ailleurs cette dernière espèce que l'on rencontre le plus souvent dans le commerce. Ajoutons que la strophantine s'obtient sous deux états, le premier en lamelles, le second en aiguilles cristallines qui possèdent un pouvoir toxique beaucoup plus considérable.

Dès les premières applications du strophantus qui ont été faites par Fraser, on a reconnu à cet agent thérapeutique une action très

nette sur le cœur, qui le rapprochait de la digitale. C'est en effet sur le myocarde qu'agit le strophantus en provoquant sa contraction énergique et son arrêt en systole si la dose est suffisante. Suivant Fraser, le strophantus serait dépourvu de l'action vaso-constrictive que possède la digitale. Mais les effets sur la pression sanguine ne sont pas toujours les mêmes; en général, lorsque les doses sont faibles, elle est accrue; au contraire de fortes doses l'abaissent. C'est même à une action vaso-motrice que Haas, de Prague (*Deutsche med. Zeit.* 1887) a rapporté les bons effets du strophantus. Cet auteur a constaté que, sous son influence, le choc du cœur est moins violent, que le deuxième ton pulmonaire perd de son intensité. Tandis qu'avec la digitale le graphique de la contraction cardiaque indique des sommets nettement dessinés, avec le strophantus les élévations sont dépourvues de tout mouvement brusque. L'activité cardiaque serait donc plutôt diminuée, suivant Haas, tandis que les vaisseaux se dilatent par suite d'une paralysie vaso-motrice. Il en résulte une diurèse abondante et, plus tard, le ralentissement du pouls. Cette interprétation serait justifiée par l'action favorable que le strophantus exerce dans les hémorrhagies et le mal de Bright, action qui ferait défaut dans tous les cas où il faut calmer l'activité exagérée du cœur. Mais les résultats expérimentaux qui ont conduit l'auteur à une interprétation qui n'est généralement pas admise, peuvent tenir à ce que les produits employés ne possédaient pas la même action. De nouvelles expériences paraissent d'ailleurs nécessaires pour bien déterminer le mode d'action du strophantus, qui présente à la fois des analogies et des dissemblances avec la digitale.

Au point de vue clinique, les observations multipliées dont a été l'objet le strophantus, tant en France qu'à l'étranger, permettent aujourd'hui de se faire une idée des avantages qu'on pourra retirer de son emploi. On peut dire que le strophantus est surtout un médicament cardiaque et un diurétique.

Pino, de Vienne (*Deutsche med. Zeit.* 23 janvier 1888) est l'un des observateurs les plus enthousiastes de ce nouveau médicament, quant à son action dans les maladies du cœur. C'est ainsi qu'il le regarde comme très utile dans tous les cas d'affection cardiaque où il y a rupture de la compensation, qu'il y ait lésion primitive ou secondaire du cœur. Pour lui, son action favorable ne fait défaut que dans la dégénérescence avancée du cœur et dans l'atrophie extrême des reins, mais il regarde le médicament comme contre-indiqué dans l'hypérémie active, les hémorrhagies internes et les anévrysmes. Mais la plupart des auteurs ne partagent pas cette opinion optimiste et, sous le rapport de l'action dans les maladies du cœur, regardent le strophantus comme inférieur à la digitale, au moins dans certains cas. Il faut

toutefois reconnaître que ce médicament ne provoque pas d'intolérance gastrique et que les malades le supportent plus longtemps que la digitale. Suivant M. Bucquoy, la strophantine agirait favorablement surtout dans le rétrécissement mitral; il conviendrait encore mieux dans le cas où le cœur est fatigué que dans ceux où il y a de l'asystolie. Hoehraus vante les effets du médicament dans la dilatation du cœur sans lésion valvulaire: on voit dans ce cas la diurèse augmenter et la dyspnée diminuer. Mais les observations de Fraenkel et de Fürbringer placent le strophantus au-dessous de la digitale dans les affections cardiaques. Son action est inconstante tantôt très énergique, tantôt nulle, mais elle paraît d'autant plus certaine que la lésion cardiaque est plus récente. L'effet heureux se traduit par une augmentation de la diurèse et de la force du pouls, par la diminution de la dyspnée et de l'œdème. Fraenkel a obtenu de bons résultats surtout dans les cas de faiblesse du cœur, soit par suite du surmenage, soit par abus du tabac ou de l'alcool. En résumé, le strophantus possède bien une action tonique sur le cœur, mais il n'élève pas la tension sanguine aussi nettement que la digitale et surtout il ne possède pas l'action régulatrice de cette dernière sur le rhythme cardiaque, car le pouls ne se ralentit pas et ne devient pas plus régulier : c'est là un fait signalé par l'unanimité des observateurs.

En revanche, le strophantus parait s'annoncer comme un excellent diurétique. Son action sous ce rapport n'est pas aussi brusque que la digitale, mais se manifeste d'une manière continue, avantage que l'on peut obtenir d'autant plus facilement qu'on peut administrer le médicament pendant assez longtemps sans inconvénient. Pino assure même que cette action diurétique peut se prolonger de six à huit jours après la cessation du médicament.Enfin de l'avis de Guttmann, c'est sur la diurèse que le strophantus agit le mieux et cet observateur cite le cas d'un malade hydropique qui, n'urinant que 7 à 800 gr., rendit bientôt plus de 5 litres d'urine sous l'influence de ce médicament. Cependant, il l'a vu rester sans action sur les épanchements des cavités séreuses. Comme le strophantus ne paraît pas élever notablement la pression sanguine, il serait surtout indiqué dans les cas où l'on veut obtenir la diurèse tout en évitant d'accroître une pression déjà au-dessus de la normale ou de provoquer des hémorrhagies par suite d'altérations vasculaires. On peut retirer de grands avantages de son emploi dans la néphrite scarlatineuse. M. Poulet, de Plancher-les-Mines (Bulletin de thérapeutique, 30 décembre 1887), a publié des observations probantes à cet égard. Pour Furbringer, il est préférable de donner ce médicament dans le rein granulé,lorsque l'action compensatrice du cœur fait défaut. Frænkel,

de son côté, a vu l'ascite disparaître chez un malade atteint d'hépatite interstitielle et il pense que le strophantus peut avoir une influence favorable dans le cas de stase dans le système porte. Enfin, il est remarquable de voir que, dans les cas d'affection cardiaque, où le strophantus a dissipé la dyspnée ou agi favorablement sur l'asthme cardiaque, les hydropisies ont été amendées dans la même mesure; il semble donc que c'est par suite de son action diurétique que ce médicament diminue la dyspnée. En résumé, l'inée possède une action diurétique peut-être inférieure à celle de la digitale, mais possédant l'avantage de se soutenir plus longtemps. Comme cette action diurétique n'est pas en rapport avec les changements opérés du côté du myocarde, puisque l'action tonique est limitée et que la pression sanguine est peu augmentée, il est probable qu'elle possède une action spéciale sur le rein. On pourrait le supposer du moins d'après les hématuries que M. Dujardin-Beaumetz a observées à la suite de son emploi. Ce fait indique qu'on devra l'administrer avec prudence dans le cas de lésions rénales.

Le Dr Poulet, de Plancher-les-Mines, a étendu encore le champ des applications du strophantus qu'il recommande dans les hémorrhagies avec augmentation de la tension artérielle, dans la fièvre et dans les paralysies. Dans le premier cas, on utilise l'action en quelque sorte sédative que possède l'inée sur le système vasculaire, et nous avons vu que Haas avait constaté cette action qu'il rapporte à une paralysie vaso-motrice. Le strophantus serait donc indiqué lorsque les hémorrhagies s'accompagnent d'un état d'éréthisme vasculaire caractérisé par des palpitations ou des battements exagérés et par un pouls dur.

M. Poulet a relaté quelques observations de paralysies où l'inée a exercé une action salutaire; cette action se montre dans toute son efficacité dans les paralysies périphériques; c'est à l'action spéciale sur le système musculaire du strophantus, qui jouit de propriétés excito-motrices beaucoup moins violentes que la strychnine, qu'il faudrait rapporter les bons effets observés. Les propriétés excito-motrices atténuées permettent de l'employer dès le début des paralysies. Langaard a attribué par contre à ce médicament une action sédative sur l'encéphale et la moelle, qui pourrait même favoriser le sommeil. Il est possible que cette action sédative, en tout cas assez faible, revendique une part dans l'influence que le strophantus exerce sur la dyspnée, l'asthme, mais on doit encore attendre des observations plus précises à ce point de vue.

En prescrivant ce médicament, il faut avoir égard au titre de la teinture, qui n'est pas toujours le même. Dujardin-Beaumetz a recommandé la teinture au cinquième dont on prescrit de 3 à 12 gout-

tes dans la journée, qu'on associe au sirop d'écorces d'oranges amères; mais la teinture est si amère qu'on peut rencontrer des obstacles dans son administration. On peut alors prescrire l'extrait à la dose de 1 à 4 milligrammes au plus. M. Poulet emploie la poudre récente de semences en pilules de 5 centigrammes à la dose quotidienne de 2 à 4 par jour.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 *février* 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

DE LA CRÉPITATION AMIDONNÉE DANS LES KYSTES HYDATIQUES. — M. *Reclus* dit, à propos du procès-verbal, qu'il lui est arrivé de trouver trois fois, dans l'épaisseur des muscles, des kystes hydatiques constituant des tumeurs liquides, molles et dans lesquels il a trouvé une crépitation amidonnée accompagnée de fluctuation.

M. *Desprès.* Quand j'ai dit à M. Lannelongue que le précepte de Denonvilliers n'était pas exact, j'ai cité un fait, j'ai rapporté dans ma thèse d'agrégation ce fait cité dans un mémoire de M. Fernet et où on avait fait six erreurs de diagnostic. L'évolution ne peut pas nous fixer. Quant la tumeur est située dans le tissu cellulaire, elle est fluctuante, dans les muscles elle est moins souvent fluctuante.

M. *Lannelongue.* La tension d'une poche peut être telle qu'elle empêche la fluctuation; celle-ci peut échapper quand elle est très profonde.

M. *Le Dentu.* Il y a 22 ans, quand j'étais interne de M. Richet, nous avons observé un cas de kyste hydatique des muscles du dos où il y avait une fluctuation manifeste.

ACTION DES EAUX SULFUREUSES DANS LA TUBERCULOSE OSSEUSE, par M. GRIMAUX. — RAPPORT. — M. *Reclus.* On voit dans ce mémoire six observations de tuberculose osseuse chez des individus de 13 ans à 31 ans. Toutes les observations se ressemblent.

Au bout de deux ans, les malades traités par les eaux ont guéri et paraissent avoir définitivement guéri.

M. Grimaux attribue l'indifférence des chirurgiens pour les eaux de Barèges à ce que les chirurgiens croient qu'il faut opérer toutes les lésions tuberculeuses. Or, nous savons tous que les tuberculoses locales peuvent guérir, que ces guérisons sont difficiles et que bien souvent il est difficile de prendre un parti. Nous savons tous l'influence du traitement général.

M. Grimaux parle de quarante enfants envoyés à Barèges chez lesquels on avait fait des opérations et dont dix seulement avaient guéri.

M. *Lannelongue* croit que l'on doit être réservé à propos de divers travaux venant des eaux minérales ou thermales.

M. *Reclus*. J'entre dans les vues de M. Lannelongue, et si j'ai fait le rapport, c'est que j'ai par devant moi une observation très remarquable de guérison par les eaux de Barèges.

M. *Desprès* dit que l'on voit tous les jours des cas de guérison dans les hôpitaux : ce n'est donc pas sur un fait que l'on peut se baser pour accepter l'action curative des eaux thermales.

Des varices des nerfs comme cause de douleurs chez les variqueux. — M. *Quenu*. J'ai montré des préparations qui prouvaient que, chez les vieux variqueux, il y avait des varices des nerfs.

Ces varices avaient été soupçonnées par M. Gendrin qui avait été frappé de l'existence de névralgies sciatiques chez les variqueux.

J'ai porté mes recherches sur 67 malades. Quelques-uns étaient venus me consulter, non pour leurs varices mais pour les douleurs de sciatique, soulagées par le repos horizontal. J'ai trouvé aussi 11 cas de névralgie sciatique sur 67 cas.

Sur 56 variqueux anciens, on trouve des douleurs à la pression de la jambe et du creux poplité 20 fois, 5 fois dans la cuisse, 3 fois dans la fesse.

Ces douleurs commencent par la jambe et remontent peu à peu à la cuisse et à la fesse.

Les pathologistes ont été frappés de douleurs chez les variqueux et ils donnent les varices comme cause de sciatique.

Les variqueux se plaignent en outre de faiblesse des membres, ce qu'on peut expliquer par l'existence des varices dans les nerfs.

Les douleurs du mollet ont été décrites par M. Verneuil comme symptômes des varices profondes, et il les a expliquées par les compressions sur le gros nerf ; on ne peut guère accepter cette explication.

Je crois que les douleurs doivent être expliquées par les varices des veines, des nerfs, la phlébite des nerfs, et la névrite interstitielle.

Les douleurs liées aux varices sont soulagées par les compressions, les bas élastiques, mais il faut faire remonter les compressions jusqu'au pli de l'aine.

M. *Berger*. Il y a, je crois, un grand fonds de réalité dans les faits de M. Quenu. Je me souviens qu'en disséquant les cadavres de vieux variqueux j'avais vu des dilatations des nerfs.

Mais les varices profondes sont tellement fréquentes qu'il n'est pas étonnant que quelques-uns des malades aient de la sciatique. La coïncidence n'a rien de surprenant.

La cessation de la douleur par le repos pourrait s'expliquer, étant

donnée la diffusion des douleurs,par la déplétion des veines,qui ferait cesser la congestion des muscles, et par suite leur sensibilité.

La faiblesse musculaire peut tenir aussi bien à une nutrition insuffisante des muscles qu'à une lésion nerveuse.

Je crois que l'explication de douleurs fournie par M. Quenu pourrait être réservée aux cas où il existe un état variqueux sur une névralgie sciatique nette et franche.

Pour les bas varices, je ne crois pas qu'il faille les faire remonter jusqu'à l'aine ; pratiquement, ils sont mal supportés, et puis le haut du cuissard s'enroule, forme coude et gêne la circulation en retour.

M. *Le Dentu.* Quand je me suis occupé de la question des varices des membres inférieurs, je n'ai pas été frappé de l'existence des varices dans les nerfs. Le fait arrive, mais il n'est pas aussi constant que le pense M. Quénu.

Je n'ai pas été bien frappé des douleurs chez les variqueux, jadis j'ai soigné un jeune homme porteur de varices précoces : puis sont survenus des ulcères ombreux, des phlébites et des tromboses. Le début de ces phlébites a été annoncé par une véritable névralgie sciatique à droite qui nous avait donné le change, tellement elle était nette comme symptôme avec ses fonds douloureux ou nets. La phlébite est passée à gauche et elle a été annoncée par les mêmes douleurs sciatiques.

Je n'ai pas pu m'expliquer ces douleurs prémonitoires ; faut-il admettre la phlébite jusque dans les veines du sciatique ? Je ne le pense pas.

On peut établir jusqu'à un certain point une analogie entre ce cas aigu et les varices, et l'explication de M. Quénu ne me paraît pas suffisante à ce point de vue.

M. *Terrier.* J'ai vu bien fréquemment des varices dans l'intérieur des nerfs et j'ai rapporté les troubles trophiques et ces troubles nerveux à l'action de varices des nerfs. Que cela détermine d'autres troubles, cela ne m'étonnerait pas.

M. *Després.* Je pense qu'il faudrait faire un départ entre les individus qui n'ont que des varices et ceux qui, avec des varices, ont des arthrites sèches.

J'ai vu aujourd'hui un maître d'armes qui n'a des varices que d'un côté, et qui a des douleurs dans les deux jarrets : or, il a de l'arthrite sèche dans les deux genoux.

M. *Quénu.* Je n'admets pas l'explication de M. Berger pour les douleurs musculaires : si les douleurs existent dans le creux poplité, les douleurs dans le mollet sont explicables par les irradiations douloureuses,

Il ne faut pas, quand il s'agit d'un traitement, s'arrêter aux difficultés de l'application.

Je dirai à M. Le Dentu que les faits négatifs ne prouvent rien.

Je m'associe aux idées de M. Terrier, et je crois avoir le premier démontré qu'il y a une relation étroite entre les ulcères variqueux et les lésions nerveuses. M. Terrier avait seulement établi une relation entre les ulcères et les troubles de la sensibilité.

SUR UNE VARIÉTÉ PARTICULIÈRE D'ABCÈS FROIDS A LA SUITE DE FIÈVRES PALUDÉENNES GRAVES. — M. *de Saboia.* Ces abcès se montrent dans la convalescence.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 34 ans qui avait une fièvre intermittente de deux mois de durée. Quand je l'ai vue, j'ai trouvé trois abcès : l'un à la partie interne du bras, l'autre à la clavicule, le troisième à l'angle inférieur de l'omoplate ; il n'y avait pas de réaction.

Je les ouvris ; le lendemain il s'en était formé 3 autres ; depuis il s'est développé 28 abcès que j'ai tous ouverts.

J'ai observé depuis 3 autres cas.

Dans le pus des abcès on a trouvé le microbe de la malaria qu'on a pu cultiver.

Ces abcès se montrent et évoluent avec une rapidité extraordinaire, —ils ont été sous-cutanés ou sous-aponévrotiques, —jamais je n'ai vu d'arthrite purulente ni d'abcès viscéraux. Ils se sont toujours montrés sans fièvre.

M. *Lannelongue.* La communication de M. Saboia me paraît justifier la distinction et la qualification d'abcès tuberculeux que j'ai donné à ce qu'on désignait autrefois sous le nom d'abcès froids.

La variété d'abcès me paraît être en rapport avec la malaria puisqu'on a trouvé le microbe de cette maladie.

Ces faits rentrent dans la catégorie nombreuse des collections froides.

M. *Chauvel.* Le microbe de la fièvre intermittente décrit en France est sujet à discussion. Le fait de M. Saboia me paraît excessivement rare : je n'ai jamais vu en Algérie de pareils faits, mes collègues non plus, de sorte qu'il faudrait être bien réservé sur l'interprétation à donner à de pareils faits. P. BAZY.

VARIÉTÉS

Le monument de Béclard

Hier jeudi, à une heure et demie, avait lieu au cimetière du Père-Lachaise l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Jules

Béclard. Les bustes des deux Béclard, père et fils, sont réunis par des palmes, des feuilles de chêne et de laurier; celui de l'ancien doyen était seul recouvert d'un crêpe.

Un très grand nombre de professeurs de la Faculté, de membres de l'Académie de médecine, de médecins et d'élèves avaient tenu à rendre hommage à la mémoire du maître unanimement regretté.

Dès que le crêpe qui recouvrait le buste de J. Béclard eut été retiré, M. Laborde, l'ami et l'intime collaborateur de l'éminent physiologiste, a remercié les souscripteurs en termes émus.

« Il y a aujourd'hui un an, dit-il, nous avions la douleur de perdre le meilleur des maîtres, le professeur Jules Béclard et, deux jours après, nous l'accompagnions de nos inconsolables regrets à cette dernière demeure, où l'attendait son illustre père !

« L'image du père sur cette modeste colonne nous inspira la pensée d'y joindre l'image du fils, et de compléter ainsi leur union dans l'intimité de l'éternel repos.

« De cette pensée est né ce pieux et public hommage auquel vous tous, messieurs, collègues, amis, élèves, vous vous êtes associés avec un empressement digne de celui qui l'a inspiré, et digne de vous.

« Je vous remercie, au nom du comité de souscription, dont je suis ici l'interprète ;

« Au nom de la digne compagne du modèle des époux et des pères, qui trouve dans cet hommage rendu à sa mémoire bien-aimée une des plus douces consolations à cette irréparable perte.

« Au nom de ses jeunes enfants qui, lorsque sonnera pour eux l'heure des regrets conscients, trouveront aussi dans la contemplation de cette image sortie de l'estime, du respect et de l'affection de tous, une consolante atténuation de la cruelle réalité.

« Je remercie enfin l'artiste éminent qui a su mettre autant de son cœur que de son beau talent à rendre les traits vivants de cette sympathique figure qui reflète et personnifie, dans sa douce expression, les plus aimables et à la fois les plus hautes qualités de l'intelligence et du cœur. »

« Et maintenant, cher et à jamais regretté maître, tu peux reposer tranquillement dans la perpétuité du souvenir, assurée dans ce bronze impérissable, comme elle l'était dans la science et dans nos cœurs.

M. Hébert, doyen de la Faculté des sciences, a prononcé ensuite quelques paroles.

M. Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris, avait préparé un discours qu'il n'a pu malheureusement prononcer, étant retenu auprès du Président de la République à cause de sa récente nomination

à l'Académie française, mais nous pouvons cependant en reproduire l'un des principaux passages :

« Son intervention dans les débats n'avait jamais rien d'empressé, mais elle était toujours utile et il était rare qu'elle ne fût pas décisive, tant il y apportait de bonne grâce et de bon sens. Rien n'égale la force de ces esprits discrets et tempérés lorsqu'ils croient le moment venu d'accuser leur opinion : ils s'imposent par la confiance qu'ils inspirent, et c'est justice, parce que leur habileté ne va qu'à faire passer chez les autres, pour le bien commun, les convictions qu'ils ont eux-mêmes silencieusement mûries.

« Cette aimable sérénité de raison s'alliait, chez M. Béclard, à la chaleur du sentiment. Il était né généreux. Il avait l'esprit comme le cœur ouvert à tout ce qui honore l'humanité. Lorsqu'une question pouvait donner lieu à deux interprétations contraires, on pouvait être sûr qu'il inclinait naturellement vers la plus large, et qu'il s'y fixerait.

« Modestement, mais inflexiblement fidèle, dans la maturité de l'âge, aux idées qui avaient nourri et charmé sa jeunesse, il suivait les évolutions de notre transformation sociale d'un regard attentif, sans complaisance comme sans prévention, avec le juste discernement des besoins de la démocratie moderne et un patriotisme élevé. De tels hommes constituent le fonds le plus solide de la richesse intellectuelle et morale d'un pays. Longtemps après qu'ils ont disparu, on les recherche autour de soi... »

M. Brouardel, au nom de la Faculté de médecine, a remercié « ceux qui ont réuni leurs efforts pour reproduire sous une forme impérissable les traits de son ancien chef ». Il a rappelé combien Béclard fut aimé de tous, des élèves et des maîtres, dans cette Faculté où il a passé trente années de sa vie.

M. J. Bergeron, le successeur de Béclard au secrétariat perpétuel de l'Académie de médecine, a prononcé un discours au nom de cette Académie.

« En perdant Béclard, a-t-il dit, l'Académie perdait un savant qui a été une de ses lumières ; elle perdait en outre l'éloquent orateur dont les *Eloges*, en faisant revivre les grandes figures de nos plus illustres collègues, donnaient à nos solennités un éclat qu'elles ne connaîtront plus de longtemps peut-être. Aussi bien les travaux, le talent et le caractère de Béclard, en un mot tout ce qui a fait de notre éminent collègue uue personnalité hors ligne, tout cela mérite d'être loué avec une ampleur que ne comporte pas cette cérémonie. »

Ce qui nous promet sans doute, pour la fin de cette année-ci, ce régal, l'éloge de Jules Béclard, prononcé lors de la séance publique annuelle de l'Académie de médecine par M. Jules Bergeron.

Une dernière allocution a été prononcée par le président de la Société d'anthropologie; puis un groupe délégué de l'Association des étudiants est venu incliner devant la tombe le drapeau tricolore de l'Association.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 13 au 18 février 1888.

Mercredi 15. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Fournier, Marc Sée, Reclus. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Remy, Reynier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Guyon, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Brissaud. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Trélat, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Chauffard, Déjerine.

Jeudi 16. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Laboulbène, Polaillon, Quenu. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Villejean. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Richet, Tarnier, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Hutinel. — 4e examen, doctorat : MM. Peter, Proust, Troisier.

Vendredi 17. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Trélat, Budin, Segond. — 4e examen, doctorat : MM. Potain, Hayem, Landouzy. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Guyon, Marc Sée, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Damaschino, Brissaud, Chauffard.

Samedi 18. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Panas, Polaillon, Campenon. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quenu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Peyrot, Brun. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Richet, Tarnier, Schwartz. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Fort, Bouilly, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Fernet, Troisier.

Thèses pour le doctorat. — *Vendredi* 17, à 1 heure. — M. Bouvier : Essai sur la chondrite et la périchondrite dans la syphilis secondaire.

Président : M. Lannelongue. — M. CAZALS (Noël) : De l'accouchement par le front. *Président* : M. Lannelongue.

NOUVELLES

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 29 janvier au 4 février* 1888. — Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 11. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 51. — Phthisie pulmonaire, 214. — Autres tuberculoses, 10. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57.

Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 56. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 79.

Bronchite aiguë et chronique, 99. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 110.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 55.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 44. — Suicides et autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 212. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 1187. — Résultat de la semaine précédente : 1153.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Encyclopédie internationale de chirurgie. — **Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme**, par les professeurs G. BOUILLY, S. DUPLAY, L. PICQUÉ, Ed. SCHWARTZ, P. SEGOND, L. POISSON, A. POUSSON, R. HARRISON. — Paris, 1888, 1 vol. grand in-8° de 908 pages avec 322 figures. Prix : 17 fr. 50.

La Folie érotique, par B. BALL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 157 pages, 2 fr.

Recherches sur la dyspepsie iléo-cœcale, par H. BACHELET, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 360 pages (3e édit.), 5 fr.

Les nouvelles institutions de Bienfaisance. Les Dispensaires d'enfants malades, L'Hospice rural, par le Dr A. FOVILLE, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 255 pages, avec 10 plans, 3 fr. 50.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par Alice SOLLIER, née Mathieu DUBOIS. — Un volume in-8° de 180 pages, avec 32 figures. Prix : 4 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

1170.6

Vingt-cinquième année. — Tome I. N° 19 Mardi 14 Février 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. Delahaye et E. Lecrosnier
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.

MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.

P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 19 Mardi 14 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR RICHET.

Fracture du maxillaire inférieur, infection putride. — Mort.

Un homme d'une cinquantaine d'années était conduit à l'Hôtel-Dieu, dans le commencement du mois de décembre 1887, pour divers traumatismes qu'il venait de subir, étant en état d'ivresse.

Outre deux ou trois contusions, on put constater, à la visite du matin, une fracture compliquée du maxillaire inférieur. La solution de continuité siégeait à gauche, près de la ligne médiane, en ce point où la présence du trou mentonnier affaiblit la résistance de l'os. Elle semblait oblique en bas et en dedans. Les revêtements muqueux et périostique de l'os étaient déchirés, et le foyer de la fracture se trouvait ainsi en communication avec les liquides buccaux comme avec l'air extérieur. On peut donc dire que ces fractures doivent être rangées parmi les fractures compliquées et non parmi les fractures simples. Aussi M. le professeur Richet a-t-il depuis longtemps appelé l'attention sur les complications redoutables que peut entraîner cette condition de la fracture (1). On se les explique même d'autant mieux aujourd'hui depuis que Vulpian, répétant les expériences de M. Pasteur, a réussi à donner la mort à des lapins en injectant dans leurs veines les produits de la salive mixte normale. Il existe donc là une double cause d'intoxication du foyer de la fracture : en premier lieu, l'air atmosphérique, et, en deuxième, les liquides buccaux et salivaires avec leurs divers bacilles.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, cet homme fut pris d'accès répétés de *delirium tremens*. Il fallut lui mettre la camisole de force et lui administrer une grande quantité de vin laudanisé, auquel on

(1) De l'intoxication putride aiguë qui complique certaines fractures dites simples du maxillaire inférieur. Richet. Gaz. des hôp., 1865.

adjoignit la potion de Todd. Les fragments du maxillaire s'écartèrent l'un de l'autre par le fait des convulsions musculaires. Le fragment massétérin se portait en haut et en arrière ; le fragment mentonnier en avant et en bas. On pratiqua alors la ligature des dents, suivant la méthode hippocratique, avec un fil d'argent, tout autre mode de traitement devenant impossible. Les deux fragments furent ainsi, sinon remis en contact parfait, du moins maintenus suffisamment. En même temps, des lotions fréquentes étaient préparées avec l'eau chloratée. Quelques jours après, un abcès se montrait sur le bord marginal ou inférieur du maxillaire. Quand on comprimait la région sus-hyoïdienne, le pus refluait par le foyer de la fracture dans le vestibule de la bouche et dans le sillon gingivo-lingual. M. Richet eut alors l'idée d'ouvrir l'abcès à sa partie la plus déclive, pour drainer le pus par la région sus-hyoïdienne, comme il a l'habitude de le faire dans tous les cas semblables, afin d'obtenir ainsi l'asepsie du foyer purulent à l'aide d'injections de solution de sublimé ou d'acide borique, mais l'état d'excitation et d'affolement où l'alcoolisme jetait le malade lui fit ajourner cette opération, et l'on s'en tint aux lotions intrabuccales antiseptiques avec la solution boriquée.

Quelques jours après, le 20 décembre, une tuméfaction ecchymotique apparaissait sur la face externe de la jambe droite. Un vaste abcès suivit, qui fut incisé, drainé et désinfecté. Il en était sorti un pus mal lié et sanguinolent.

Enfin le malade fut pris de toux. Une broncho-pneumonie s'était déclarée à droite, qui fit craindre des abcès viscéraux, et plus particulièrement pulmonaires, comme dans la véritable infection purulente. Il y eut, en effet, plusieurs expectorations abondantes et verdâtres ressemblant à des vomiques.

Le malade succombait le 15 janvier 1888 sans que, particularité très intéressante, la courbe thermométrique eût, à aucun moment, dépassé 38°,2. Elle oscillait constamment entre 36° et 37°,8, sans présenter d'irrégularités. Elle frappait, au contraire, par son uniformité. Il importe d'ajouter qu'à aucun moment le malade n'eut de frissons, et quoique l'attention des gens de service et des sœurs eût été éveillée sur ce point par M. Richet, on n'en put jamais constater l'existence.

L'autopsie a montré les lésions suivantes : La fracture était bien au siège indiqué plus haut, mais il y avait en outre deux petites esquilles dans le foyer.

Le foie, la rate, le cœur n'avaient rien de particulier. L'intestin fut spécialement examiné, mais ne présenta pas les plaques de Peyer, qu'a rencontrées M. Richet dans une autopsie faite pour un cas semblable. Le poumon droit présentait des abcès miliaires. Dans le

poumon gauche, on voyait de petits foyers purulents serrés les uns contre les autres, mais sans pneumonie réelle. Il semblait que la purulence se fût déposée pour ainsi dire à froid dans le parenchyme pulmonaire, le tissu de l'organe étant, en quelque sorte, aphlegmasique. D'où cette opinion de Velpeau et de Dancé disant que le pus était pris et transporté en nature par les veines. Cependant, et malgré cette absence de pneumonie réelle, qui excluait toute idée de phlegmasie propre suppurée du tissu pulmonaire, on ne pouvait non plus reconnaître la nature des vrais abcès métastatiques caractéristiques de l'infection purulente. En effet, au lieu d'abcès peu nombreux, isolés, tous situés à la périphérie du poumon, qu'on constate dans ces cas, nous trouvions ici de petits foyers, multiples, centraux, ne dépassant pas la grosseur d'un petit pois, signes évidents d'un autre mode d'intoxication du sang, que M. Richet a désigné sous le nom d'*infection* ou *intoxication putride.*

Ces accidents d'intoxication putride compliquant les fractures exposées du maxillaire inférieur revêtent généralement le type typhoïde avec petits frissons irréguliers imperceptibles, fièvre, diarrhée, etc. Dolbeau, Demarquay, Pollin et M. Péan en ont observé. Même terminaison fatale dans un cas où Velpeau pratiqua, pour guérir un bégaiement, une incision intra-buccale des génioglosses: la suppuration s'empara du foyer rétro-maxillaire; le malade (c'était un jeune et vigoureux provincial) ne se soumit qu'avec peine aux lavages qu'on lui conseillait; il avalait sa salive mélangée de pus nuit et jour, maigrit, fut pris de diarrhée, de frissons irréguliers, et finalement succomba. A l'autopsie, on trouva les plaques de Peyer et d'autres portions intestinales criblées d'ulcérations.

Pour M. Richet, cette complication relève de l'infection purulente des opérés, mais il faut néanmoins l'en distinguer, parce que le pus ne prend pas directement la voie veineuse. Produit dans la cavité buccale, altéré par le contact de l'air et de la salive, il est transporté dans le tube digestif, y est absorbé, et n'entre dans le torrent circulatoire qu'après avoir traversé la muqueuse digestive. D'où, sans doute, la modification dans le complexus clinique.

Au point de vue thérapeutique, ces fractures compliquées du maxillaire inférieur comportent les indications que voici :

1° Immobiliser le mieux possible les fragments, pour éviter l'agrandissement de la déchirure gingivale. La ligature des dents réalise parfois très bien ce *desideratum*, mais il est encore d'autres moyens, par exemple, la suture osseuse recommandée par Bérenger-Féraud, les plaques en gutta-percha de Morel-Lavallée, et tous les divers et variés appareils imaginés dans ce but.

2° Dès qu'un abcès survient au voisinage du foyer de la fracture,

l'inciser à la région sus-hyoïdienne, puis le drainer et le désinfecter. Le tube devra passer en anse de la région sous-hyoïdienne dans la cavité buccale, en ayant soin de le fixer solidement au dehors.

And. CASTEX.

Greffes zooplastiques. — Greffes avec la peau de poulet (1).

Par P. REDARD.

Chirurgien du dispensaire Furtado-Heine.

Les greffes animales jadis étudiées par Czerny (de Vienne), Coze (de Strasbourg), Follet, Houzé de l'Aulnoit, avaient été presque généralement abandonnées dans la pratique chirurgicale.

Aujourd'hui une réaction semble se faire en leur faveur et Petersen, Baratoux, Dubousquet-Laborderie ont fait voir la possibilité de combler des pertes de substance considérables par des transplantations de peau de grenouille. Assaky, Fargin, Monod, Peyrot, ont obtenu des résultats de greffes de tendons sur des animaux d'espèces différentes.

Nous venons d'obtenir de beaux résultats de greffes pratiquées avec de la peau de poulet et nous croyons utile de signaler ces résultats, qui intéressent à la fois la physiologie et la chirurgie, à la Société de biologie.

Dans nos recherches, nous n'avons trouvé aucune observation de greffe de peau d'oiseau sur une plaie humaine, dans le but de hâter la cicatrisation et la réparation. Wiesmann a transplanté deux fois avec succès de la peau de pigeon à pigeon ; trois fois de la peau de poulet à poulet avec deux adhérences et un insuccès. Diffembach dit avoir pratiqué, avec de bons résultats, un très grand nombre de greffes chez les oiseaux. G. Martin rapporte dans sa thèse des résultats heureux d'expériences de transplantation de peau de canard et de pigeon sur des animaux de même espèce.

Dans des cas de plaies étendues, nous avons obtenu une régénération rapide, grâce à des greffes avec de la peau de poulet. Nous insistons surtout sur un cas de brûlure profonde de presque tout le cuir chevelu et datant de huit mois, chez un jeune enfant de 2 ans. Aucune réparation ne s'était faite pendant cette période, la suppuration, très abondante, affaiblissait le sujet et menaçait sa vie.

Les greffes avec la peau de grenouille ne donnant pas de résultats rapides, nous fîmes des greffes avec de la peau de poulet et, en *deux mois*, nous obtînmes une régénération de la peau de sept centimètres

---

(1) Communication à la Société de biologie, séance du 4 février 1888.

(dans le sens antéro-postérieur, du crâne) sur huit centimètres (dans le sens transversal).

Dans d'autres observations, nous avons obtenu de semblables résultats.

Nous pensons donc que les greffes avec des peaux d'oiseaux, et particulièrement des peaux de poulet, sont à recommander. La peau de poulet est souple, fine, vasculaire ; elle s'étale bien sur les surfaces, elle adhère, *sans se résorber*, donnant des îlots épidermiques importants qui, en se développant et s'étendant, forment des tissus nouveaux, souples et différents des tissus ordinaires de cicatrice.

Nous étudierons, dans un prochain travail, les modifications histologiques des peaux d'oiseaux greffées, recherchant la théorie des phénomènes de réparation observés, les auteurs n'ayant donné jusqu'à ce jour que des renseignements incomplets sur ce sujet important.

Le manuel opératoire que nous avons employé dans nos greffes est très simple. La peau doit être prise sous l'aile de jeunes poulets ; elle doit ne pas être privée de tissu cellulaire et ne pas contenir de graisse. Les lambeaux transparents doivent avoir d'un 1/2 à 1 centimètre.

Les sutures sont inutiles, la peau adhérant très facilement et ne se déplaçant pas. La plaie doit être aseptique et le pansement fait avec une rigueur extrême.

La gaze iodoformée, avec une couche de ouate légèrement compressive, nous paraît surtout convenir pour le maintien des greffes.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Un cas de mérycisme, par le Dr *Karl Dehio*, professeur à l'Université de Dorpat (*St-Petersbrg med. Wochenschrift*, n° 1, 188). — Un malade, consultant le Dr Dehio pour une bronchite, lui conta qu'il était sujet à une sorte d'éructation qui ramenait dans la bouche les aliments pris peu de temps auparavant et qu'il mastiquait de nouveau pour les déglutir les aliments ainsi régurgités. Le patient avait des parents bien portants qui n'avaient jamais rien eu de semblable. Cette anomalie lui est survenue à l'âge de 12 ans, à la suite d'une coqueluche intense et persistante dont les accès étaient suivis de vomissements. Jusqu'à 16 ans, chaque repas était accompagné sans exception du rejet des aliments par quantités correspondant à celle d'un bol alimentaire, et cela sans effort, sans douleurs ni nausées et tout à fait involontairement. Bien plus, c'était avec plaisir que le

patient machait pour la seconde fois les aliments régurgités. L'opération avait lieu d'ailleurs en plusieurs temps, le rejet commençant un quart d'heure après le repas et continuant pendant une heure environ.

Les aliments n'étaient pas modifiés : le lait seul était rendu coagulé ; il n'y avait pas de renvois gazeux, enfin la digestion ne laissait rien à désirer. Les muscles abdominaux ne prenaient qu'une faible part à ce rejet alimentaire qui devint de plus en plus rare et ne se produisit dans la suite qu'après les repas copieux où entraient en proportion considérable les féculents et les mets sucrés. Le malade est un névropathe, qui est aussi hypochondriaque en raison de son état, mais il croit que cette anomalie de la fonction digestive ne tardera guère à disparaître, car elle devient de plus en plus rare. Le professeur Dehio s'est livré à un examen répété de l'estomac et de son contenu et en a conclu que le pylore fonctionnait d'une façon normale et que la fonction motrice du cardia n'était pas intéressée. Aussi pense-t-il que le mérycisme repose sur une perversion des mouvements de l'estomac, la dilatation active du cardia s'associant aux mouvements expulsifs de l'estomac pour produire la régurgitation. Mais il est difficile de savoir quelle est la part du diaphragme dans ces mouvements anormaux. Le mérycisme serait, en tout cas, dans l'exemple invoqué, de nature réflexe, ou, comme le dit l'auteur, une névrose fonctionnelle réflexe développée à la suite de l'excitation répétée du centre vomitif, qui avait été produit par la coqueluche antérieure. Eichhorst a cité une observation analogue.

Il faut remarquer que, dans les cas de ce genre, les patients sont tous de gros mangeurs et que cette circonstance peut prédisposer au développement de la maladie par suite de l'excitation mécanique que provoquent les aliments dans l'estomac.

Le microbe de la coqueluche, par le professeur *Aphanassieff*. (*Wratsch*, 34, 37, 38, 50, 51, 1887.) — En examinant les crachats des enfants atteints de coqueluche, l'auteur a distingué parmi les micro-organismes un microbe en forme de bâtonnet fin et court. La culture pure de ces organismes introduite dans le larynx ou injectée dans le tissu pulmonaire des animaux provoquerait un état pathologique fort analogue à la coqueluche et qui est caractérisé surtout par des quintes de toux à inspirations sifflantes et prolongées. Le microbe se retrouve toujours le même sur la muqueuse bronchique et laryngée des animaux qui succombent à l'injection. M. Semtschenko, assistant du professeur Aphanassieff, a étudié longuement les particularités qui se rattachent à la présence du bacillus tissus convulsive, et est arrivé aux conclusions suivantes, par lesquelles il termine son travail (Wratsch, n° 51).

1. La bactérie décrite par le professeur Aphanassieff est spécifique de la coqueluche.

2. Elle se montre seulement dans les sécrétions de la muqueuse respiratoire au quatrième jour de la maladie, quelquefois plus tôt.

3. Elle se multiplie graduellement dans l'organisme, suivant aussi la marche et les recrudescences de la maladie.

4. La bactérie de la coqueluche disparaît avant la fin de la maladie.

5. L'inflammation catarrhale du poumon dans la coqueluche s'accompagne d'une production énorme de bactéries spécifiques dans le mucus.

6. La pneumonie dans la coqueluche est distincte de toutes les autres formes de pneumonie.

7. La bactérie de la coqueluche possède une valeur à la fois étiologique et pronostique.

MICROBE DU RHUMATISME ARTICULAIRE (*Wratsch*, n° 49.) — Le Dr *Papoff* aurait réussi à trouver facilement le micro-organisme du rhumatisme articulaire. Les cultures faites dans du bouillon de peptone à une température de 25° formaient de petits îlots d'un jaune citron, composés de microcoques, les uns isolés, les autres associés en chaînons. Ces organismes étaient plus gros que ceux de l'érysipèle et se coloraient facilement par le violet de gentiane. Les microbes de culture, injectés dans la jugulaire externe à deux lapins, provoquèrent un rhumatisme articulaire aigu compliqué de péricardite et d'endocardite. A l'autopsie, on trouva les mêmes microbes dans le sang, dans le liquide des synoviales et sur les coupes faites dans le cœur.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

—

Séance du 10 *février* 1888.— *Présidence de* M. SIREDEY.

A propos du procès-verbal, M. le président lit une lettre adressée par M. *Terrier*, à propos de la communication de M. Gaucher sur l'acide borique.

M. Terrier trouve que la toxicité de l'acide borique est assez peu déterminée par des recherches sur des cobayes. Il dit qu'il abandonne à M. Gaucher ses tentatives de traitement de l'impétigo et de la tuberculose par l'acide borique. M. Gaucher, dit-il, espère avoir trouvé, comme bien d'autres avant lui, le médicament destructeur des bacilles. Je souhaite qu'il ait raison et ne se soit pas trompé.

Mais M. Terrier revendique l'utilisation de l'acide borique comme

agent antiseptique des voies urinaires. M. Gaucher n'aurait pas découvert en 1888, dit-il, que l'administration interne de l'acide borique éclaircit les urines, s'il avait pris connaissance de la discussion de la Société de chirurgie en 1886, sur l'uréthrotomie interne. Il est vrai que M. Gaucher ajoute qu'il sait que plusieurs chirurgiens ont employé le borate de soude.

Mais M. Terrier, dans sa communication à la Société de chirurgie, a annoncé qu'il avait employé l'acide borique à l'intérieur comme antiseptique vésical ; il a renoncé à son emploi à cause de son peu de solubilité et parce qu'il a acquis la certitude, après les recherches de son ami le pharmacien de l'hôpital Bichat, que l'acide borique était éliminé à l'état de borate de soude. Il a remplacé l'acide borique par le biborate de soude.

M. Terrier termine sa lettre en insistant sur les précautions antiseptiques indispensables à prendre dans les opérations qu'on pratique sur les voies urinaires.

M. *Gaucher*. — Je regrette que M. Terrier n'ait pas lu plus attentivement ou n'ait pas compris ma communication, puisqu'il voulait discuter toutes mes expériences et toutes mes observations, au lieu de se borner à une simple revendication sur un *seul* des usages de l'acide borique indiqués dans mon travail.

M. Terrier trouve que la toxicité de l'acide borique est assez peu déterminée par des recherches sur des cobayes. Je crois être sur ce point plus compétent que M. Terrier, qui n'a fait aucune expérience et qui n'oppose à mes expériences personnelles qu'une affirmation vague et sans preuves.

M. Terrier dit qu'il m'abandonne mes *tentatives* de traitement de l'impétigo par l'acide borique. Or, si M. Terrier, qui me reproche de ne pas être au courant de la littérature chirurgicale, était lui-même au courant de la thérapeutique médicale, il saurait que ce ne sont pas seulement des *tentatives* qui ont été faites contre l'impétigo, mais que le traitement de cette maladie par l'acide borique donne des résultats certains et constants. Ce traitement a été appliqué par d'autres médecins que moi, qui pourraient aussi peut-être revendiquer la priorité. J'ai dit que j'employais l'acide borique contre l'impétigo depuis quatre ans ; je ne sais si les autres l'ont employé avant ou après moi. Aujourd'hui ce traitement est presque banal.

Je n'ai d'ailleurs parlé de l'impetigo que pour arriver à la tuberculose. A ce propos, M. Terrier me prête gratuitement l'espérance d'avoir trouvé le médicament destructeur des bacilles. Il veut bien souhaiter, par un pléonasme heureux, « que j'aie raison et que je ne me sois pas trompé ». Or je n'ai rien dit de semblable. J'ai relaté seulement un cas de guérison de tuberculose cutanée par la pom-

made boriquée, et j'ai rapporté, sans aucune explication théorique, plusieurs cas de tuberculose pulmonaire améliorés par l'usage interne de l'acide borique. J'ai dit que je continuais mes expériences.

Mais toutes ces questions sont accessoires et n'ont aucun rapport avec la réclamation formulée par M. Terrier. Si j'ai découvert en 1888, suivant l'expression de M. Terrier, qu'on pouvait traiter la cystite par l'administration interne de l'acide borique, c'est qu'en effet je n'avais pas lu la discussion à la Société de chirurgie sur l'uréthrotomie interne; je le regrette, mais la communication de M. Terrier a passé inaperçue de bien d'autres que moi, car aucun des médecins à qui j'ai parlé du traitement de la cystite par l'usage interne de l'acide borique ne savait que ce traitement avait été employé par M. Terrier.

Au reste, M. Terrier dit avoir abandonné l'acide borique pour le borate de soude, de sorte qu'il revendique la priorité d'un traitement qu'il ne trouve sans doute pas bon, puisqu'il l'a laissé de côté.

M. Terrier dit avoir renoncé à l'acide borique parce qu'il a acquis la certitude qu'il était éliminé à l'état de borate de soude. Or, il n'était pas besoin de recherches savantes pour faire cette découverte. Tous les médecins et même les chirurgiens savent que l'acide borique et de même tous les acides et les corps qui jouent le rôle d'acides sont éliminés à l'état de sels alcalins, généralement à l'état de sels de soude, parce que la soude est l'alcali qui prédomine dans les humeurs. Il n'y avait pas à démontrer ce fait de notion vulgaire.

Quoi qu'il en soit, je laisse bien volontiers à M. Terrier toute la priorité sur l'emploi de l'acide borique à l'intérieur dans le traitement de la cystite, car ce n'était qu'une partie accessoire de ma communication, et j'avoue que je n'attache pas grande importance à cette question de priorité. Mais je persiste à croire, contrairement à l'opinion de M. Terrier, que l'acide borique est préférable au biborate de soude, pour les raisons que j'ai exposées dans mon travail.

M. Terrier termine sa lettre par une petite leçon sur les précautions antiseptiques indispensables dans les opérations pratiquées sur les voies urinaires. Nous nous doutions déjà un peu, quoique médecins, que ces précautions étaient nécessaires; mais il faut remercier M. Terrier de nous les avoir rappelées, bien qu'elles n'aient aucun rapport avec l'usage interne de l'acide borique.

Contribution nouvelle a l'étude de l'artério-sclérose cardiaque. — M. *Huchard* rappelle les différentes communications qu'il a faites sur ce sujet et communique une nouvelle observation montrant l'influence de la sclérose des coronaires sur la sclérose du myocarde. Il s'agit d'un homme de 42 ans qui, après avoir présenté pendant un

certain temps des accès nocturnes de suffocation qui l'avaient fait considérer comme atteint de bronchite chronique et d'emphysème; a succombé subitement dans le service de M. Huchard qui, pour sa part, avait porté le diagnostic de sclérose cardiaque. L'examen anatomique a montré une dégénérescence athéromateuse très marquée des artères coronaires et une sclérose très accentuée du myocarde; la sclérose n'avait envahi ni le système artériel ni aucun autre organe que le cœur.

HÉMOGLOBINURIE DANS LE COURS DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. — M. *Hayem* rapporte l'observation d'une jeune nourrice qui, au cinquième jour d'une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu, fut transportée à l'hôpital et éprouva pendant ce transport un froid intense. A l'entrée de la malade on constata que ses urines étaient très colorées en rouge ; elles firent penser à une hémoglobinurie. Pendant son séjour à l'hôpital la malade eut successivement un œdème rhumatismal, une pneumonie et une péricardite de même nature. Malgré ces accidents graves la malade guérit assez complètement pour reprendre l'allaitement de son enfant.

L'examen des urines rendues par la malade au moment de son entrée y a montré tous les caractères de l'hémoglobinurie; au spectroscope : bandes d'oxyhémoglobine et de méthémoglobine et d'urobiline; au microscope, pas trace de globules rouges ni même de leur stroma. De plus, ces urines contenaient une très grande quantité d'albumine, dont il est resté une certaine partie après la fin de l'accès d'hémoglobinurie; cette persistance de l'albumine et la constatation de cylindres ont fait admettre une néphrite catarrhale concomitante. L'examen du sérum a montré qu'il était absolument normal, et d'autre part, du sang de la malade mélangé avec son urine a fait constater que les globules rouges ne se dissolvaient pas dans cette urine.

M. Hayem pense que, dans l'hémoglobinurie, il faut attribuer un rôle important au rein, rôle dans lequel la congestion doit avoir une part considérable; sous l'influence de ce processus rénal encore mal connu, le sang passerait tout dissous dans l'urine et l'hémoglobine se transformerait au moment même en méthémoglobine en raison de l'acidité de l'urine. En terminant, M. Hayem rappelle que sa malade n'avait aucune tendance aux hémorrhagies par aucune voie et que, d'autre part, on ne peut se défendre de rapprocher ce fait d'hémoglobinurie au cours du rhumatisme articulaire aigu des cas connus d'hémoglobinurie paroxystique ou *à frigore*.

M. *Bucquoy* se rappelle un cas d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore* qui montre bien que le processus de ce phénomène doit être, sinon une maladie du rein, du moins, un accident rénal. Chez le malade de M. Bucquoy, il suffisait qu'il sortît de chez lui et qu'il s'expo-

sât ainsi à un froid relatif pour qu'immédiatement l'hémoglobinurie apparut. Cet homme, que M. Bucquoy a pu suivre pendant plusieurs années, était un arthritique; il n'a jamais présenté d'albuminurie.

M. A. *Robin* possède deux cas encore inédits d'hémoglobinurie. Dans le premier, rhumatisme articulaire aigu avec urines rouges et très albumineuses d'abord sans globules rouges, puis avec globules rouges et cylindres, soit néphrite catarrhale consécutive. Dans le second cas, les accidents rhumatisants ont succédé à l'hémoglobinurie; comme dans le premier, néphrite catarrhale.

M. A. Robin publiera *in extenso* ces deux faits : mais déjà il croit pouvoir les considérer comme des exemples d'hémoglobinurie d'origine rhumatismale et comme venant à l'appui de l'idée émise par M. Hayem. SAPELIER.

NÉCROLOGIE

M. le Dr BITOT père est mort à Bordeaux à l'âge de 66 ans. Il avait été professeur d'anatomie à l'Ecole secondaire de médecine de Bordeaux et nommé lors de la création de la Faculté de médecine de Berne professeur honoraire. Il était chirurgien honoraire des hôpitaux. Il a laissé de nombreux travaux d'anatomie et de chirurgie.

Le Dr Joseph-Marie CHAUSIT est décédé le 11 février 1888.

Le Dr GENTILHOMME, professeur de pathologie externe à l'Ecole de médecine de Reims, décédé à l'âge de 51 ans.

Le Dr GERVAIS, de Fleury-sur-Andelle (Eure), reçu en 1866.

Le Dr M. C. E. VALENTIN, de Charmes (Vosges).

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours pour la nomination à deux places d'interne à l'hôpital de Berk-sur-Mer.* — Le lundi 12 mars 1888, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne à l'hôpital de Berk-sur-Mer.

Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 13 février 1888, jusqu'au lundi 27 du même mois inclusivement.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés officiers de l'Instruction publique MM. les Drs Gasne, Gueit-Dessus, Malterre.

Sont nommés officiers d'académie, MM. les Drs Danjou (de Boulogne-sur-Mer), Denouh (de Paris), Durand (d'Arcueil), Laurand et Marcet (de Paris).

FONDATION D'UNE SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE. — Il est fondé à Paris une Société médicale dite : « dite Société de stomatologie ».

Elle a pour objet l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes.

Elle se compose : 1° de membres fondateurs; 2° de membres titulaires; 3° de membres correspondants nationaux ou étrangers; 4° de membres honoraires.

Les membres titulaires, correspondants et honoraires, sont en nombre illimité.

Exposé des motifs : Les médecins qui ont pris l'initiative de fonder la Société de stomatologie placent au-dessus de toute contestation que la stomatologie, définie ainsi qu'il est dit ci-dessus, fait partie intégrante de la médecine et qu'elle exige, pour être exercée avec autorité, une instruction scientifique aussi variée et aussi complète que les autres spécialités médicales. Or, l'exercice de la médecine en France n'étant pas libre, ils invoquent l'application du droit commun, c'est-à-dire la pratique de la stomatologie par les médecins.

Ils font appel, en outre, à ceux de leurs confrères exerçant des spécialités dont les points de contact avec la stomatologie proprement dite sont les plus fréquents (Laryngologie, rhinologie, otologie, ophtalmologie, etc.) Ils espèrent, par le rapprochement de compétences multiples, fonder une œuvre profitable à la science.

Les médecins, désireux d'entrer dans cette Société, sont priés d'en informer l'un des membres du bureau dont les noms suivent :

MM. les Drs Magitot, président, 8, rue des Saints-Pères; Cruet, 2, rue de la Paix; Galippe, 65, rue Saint-Anne; Moreau-Marmont, 23, boulevard Haussmann; Pietkiewicz, 79, boulevard Hausmann.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le Dr LABADIE-LAGRAVE médecins des hôpitaux, etc., tome X. Urologie clinique et maladies des reins, par Labadie-Lagrave, un fort volume in-8°, avec 43 fig. intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie, 18 fr.

Avis. Les tomes 1 à 5 sont en vente, le tome 6 paraîtra fin janvier.

Librairie Félix Alcan, successeur de Germer Baillière et Cie, 108, boulevard Saint-Germain.

Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1880-1881 par le Dr PÉAN, 1 fort vol. in-8e avec figures dans le texte, 25 fr. Ce volume forme le tome V des leçons du Dr Péan. Les 4 premiers volumes se vendent chacun séparément 20 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.



CONSTIPATION HABITUELLE
le meilleur curatif est le
CASCARA MIDY
Pilules rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd. Alcool. de Cascara Sagrada : accélère travail digestif dans ses diverses phases, ne donne ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.
2f.50
113 Faubourg St Honoré PARIS
Env. Franco Echantillons | et toutes Pharmacies
GORGE, LARYNX, BOUCHE
contre ces Affections employez
LA COCAINE MIDY
(CHLOROBORATÉE)
Tablettes exact. dosées à 2 millig. Chlorhyd. de Cocaïne, 0,05 Borate de Soude, 0,05 Chlorat. id. elles constituent un véritable gargarisme sec des plus énergiq.
3f.



AFFECTIONS CATARRHALES DES ORGANES DIGESTIFS; DIARRHÉES CHRONIQUES et tout spécialement DIARRHÉE INFANTILE.
Alimentation reconstituante des enfants, jeunes filles, convalescents, personnes débilitées.
CACAO TANNIQUE DE BORVILLE
Expérimenté dans les HOPITAUX A LA MATERNITÉ et à l'Hospice des Enfants assistés de Paris
DANS TOUTES LES PHARMACIES
GROS : Socté Françse, 11, r. de la Perle, PARIS



VIANDE, QUINA, PHOSPHATES
VIN DE VIAL
Tonique, Analeptique, Reconstituant
Composé des substances indispensables à la formation et à la nutrition des systèmes musculaire et osseux.
Nous laissons au Médecin le soin d'apprécier tout le parti qu'il peut tirer de l'heureuse association de ces trois substances :
VIANDE, QUINA, PHOSPHATE DE CHAUX
Pharmacie J. VIAL, 14, rue Bourbon, LYON

7770.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 20 JEUDI 16 FÉVRIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 20 Jeudi 16 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 15 *février* 1888.

La discussion sur la prophylaxie de la syphilis est ajournée à la prochaine séance de l'Académie de médecine, la commission n'ayant encore pu se mettre d'accord sur les modifications à apporter aux articles qui lui avaient été renvoyés.

M. Jules Bergeron a lu le discours qu'il avait prononcé au nom de l'Académie, jeudi dernier, lors de l'inauguration du monument de Béclard. Ce juste hommage rendu par M. Bergeron à son regretté prédécesseur a été très goûté de l'Académie.

M. le professeur B. Ball, lisant une note de la part de M. le Dr Jennings, a appelé l'attention sur les accidents causés par l'antipyrine. En outre des rashs depuis longtemps signalés, M. Jennings a observé, chez une vieille demoiselle de 67 ans, des phénomènes de catarrhe oculo-nasal simulant une intoxication iodique et des phénomènes nerveux qui n'avaient pas encore été indiqués.

Une discussion a suivi la lecture de cette note. M. Germain Sée connaissait bien, dit-il, les éruptions causées par l'antipyrine : on a déjà rapporté plusieurs faits du même genre, et même il insiste sur un point particulier : c'est que ces éruptions sont rares chez les hommes, beaucoup plus communes chez les femmes, et que, chose curieuse, les hommes qui ont eu une fois ces accidents ne peuvent plus reprendre de l'antipyrine, même à dose faible, sans voir les mêmes accidents revenir aussitôt.

M. Dujardin-Beaumetz a signalé de son côté les troubles gastriques causés par l'antipyrine : inappétence et nausées ; ces phénomènes sont peut-être attribuables à l'impureté du médicament.

M. Germain Sée ne fait pas de difficulté de reconnaître qu'à un moment où la vente de ce produit breveté était très considérable, l'unique fabrique du Dr Knorr devenant insuffisante, le médicament a pu être trop vite et mal préparé, mais il indique en même temps le

moyen d'empêcher cette action nuisible, c'est d'associer du bicarbonate de soude ou de l'eau de Seltz au médicament.

Signalons encore dans cette séance la lecture par M. Polaillon d'un rapport, très intéressant comme tous ceux dus à ce consciencieux chirurgien, sur un cas de cholécystotomie heureusement pratiquée par M. Terrillon ; enfin la lecture par M. Lagneau d'un rapport sur un travail de M. Aubert, médecin major, portant sur la géographie médicale du département de l'Ain. A. Ch.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Du tétanos spontané (1),

Par M. Verneuil.

Je suis de ceux qui pensent que, pour détruire une erreur, il ne suffit pas d'énoncer en passant la vérité qui la remplace, mais qu'on doit répéter la démonstration autant de fois qu'il le faut et jusqu'à ce que toute opposition soit impossible.

Je me permettrai donc de revenir sur un sujet dont j'ai eu déjà l'honneur de vous entretenir il y a quelques semaines.

J'affirmais alors que le tétanos spontané n'existait point, et que si l'on se donnait la peine de faire à propos de chaque cas réputé tel une enquête suffisante, on finirait toujours par trouver la porte d'entrée du virus, cause unique et réelle de la maladie.

Cette proposition absolue était comme une sorte de défi lancé à mes confrères ou au moins un appel à la contradiction, laquelle, du reste, ne se fit pas attendre.

Un médecin distingué et fort répandu du département du Nord, M. le Dr Buisson, d'Auberchicourt, qui m'avait précédemment aidé dans mes recherches sur le tétanos, m'écrivait, le 25 novembre 1887, pour me reprocher, en termes d'ailleurs fort courtois, de l'avoir induit en erreur :

« Confiant, me disait-il, dans votre déclaration du 3 octobre, sur le non-existence du tétanos spontané, j'ai méconnu pendant plusieurs jours un cas de ce genre, mais aujourd'hui le doute n'est plus permis : la maladie est nettement caractérisée par le trismus, l'opisthotonos, les contractions douloureuses, etc., et pourtant ni moi, ni deux confrères fort instruits, venus à mon aide, n'avons pu découvrir la moindre blessure. »

M. Buisson, d'ailleurs, m'offrait de prendre l'observation complète et de me l'adresser.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

J'acceptai, bien entendu, la proposition, et, de plus, j'indiquai à mon correspondant toutes les précautions à prendre pour trouver la mystérieuse porte d'entrée. Un mois plus tard, le 25 décembre, M. Buisson m'envoyait l'observation, complète et très bien prise, qui me donnait entière satisfaction et faisait docilement rentrer le fait dans la règle commune.

Cette observation est trop longue pour être ici reproduite intégralement; j'en vais donc donner le résumé :

Tétanos à marche chronique et sans blessure apparente; *point de départ dans une lésion profonde et cachée du pharynx*; *guérison au bout de deux mois*; par M. Buisson, d'Auberchicourt (Nord).

« M. X., négociant, soixante ans, de bonne santé habituelle et exposé seulement à de fréquents maux de gorge, se mit, le 20 octobre, par un temps pluvieux et dans une cour exposée à tous les vents, à décharger une voiture de carreaux à paver arrêtée devant son magasin et dont on avait dételé les chevaux. La besogne finie, il ressentit un vif refroidissement, ce qui ne l'empêcha pas de dîner avec le charretier.

« Le lendemain 21, malaise, mal de gorge, douleurs d'oreilles et surdité à droite. Cet état, auquel on n'opposa du reste aucun remède, alla en s'aggravant peu à peu jusqu'au 13 novembre.

« M. Buisson, appelé ce jour-là, ne découvrit aucune lésion du pharynx ni des amygdales; mais, constatant, outre les douleurs et la surdité notées plus haut, une immobilité complète de la moitié gauche du visage avec déviation de la commissure buccale, diagnostiqua une paralysie du nerf facial *a frigore* et fit une prescription en conséquence.

« Rappelé le 19 novembre, il constata comme signe nouveau l'impossibilité d'écarter les mâchoires et la difficulté de respirer dans le décubitus horizontal. Il crut à la formation d'un abcès de la gorge.

« Le 21, au moment où, pour examiner le fond de la bouche, il introduisait une cuiller entre les dents, un violent accès de trismus se produisit avec suffocation et congestion intense de la face. Dès lors M. Buisson, qui avait déjà songé au tétanos, mais en avait rejeté l'idée, n'hésita plus et se prononça catégoriquement pour un tétanos spontané.

« Deux confrères de la région, M. Sockeel, chirurgien à l'hôpital de Douai, et mon ancien élève et ami, M. Delbarre, chirurgien à l'hôpital de Cambrai, furent appelés en consultation le 24 novembre et confirmèrent de tout point le diagnostic.

« Il y eut ce jour-là une amélioration légère; le patient put, en

présence de ces messieurs, avaler deux cuillerées de café, mais fut pris à la troisième de trismus violent.

« L'haleine était très fétide et la langue saburrale, à ce point qu'on revint à l'idée d'un abcès de la gorge.

« Les jours suivants restèrent au même point. Les boissons chaudes pouvaient être dégluties ; froides, elles provoquaient instantanément le trismus. Le malade ne s'était point couché le 20 novembre parce que la position horizontale ramenait aussitôt la suffocation et les contractures. L'examen de la gorge produisait le même effet.

« Le 30 novembre, pendant un accès auquel M. Buisson assistait, le patient rendit avec effort un crachat visqueux mélangé de sang. Le même phénomène se reproduisit le lendemain, et l'on remarqua de plus que les injections boriquées que l'on poussait dans la bouche revenaient également teintées de sang. A partir de ce moment, le trismus diminua ; en revanche, dans la nuit du 4 décembre, de 2 h. à 5 h., vives douleurs dans la poitrine, avec contracture violente des muscles de la paroi thoracique, dyspnée intense. Les symptômes se renouvellent le lendemain, s'accompagnant aussi d'emprosthotonos ; on croit la mort prochaine.

« Par bonheur la poitrine se dégage ; la paroi abdominale d'abord, puis les cuisses, sont envahies par la contracture ; enfin, après plus de trente jours de lutte, pendant lesquels le chloral et la morphine furent administrés libéralement et sans relâche, la thérapeutique reste victorieuse. Le 25 décembre, M. X... pouvait être considéré comme guéri. »

Tel est l'intéressant récit qu'à mon grand regret j'ai dû condenser. M. Buisson avoue de bonne grâce, et comme enseignement capital à tirer de ce fait, qu'il ne faut pas se hâter de nier l'existence d'une lésion servant de porte d'entrée, parce qu'on ne la voit pas d'emblée. En effet, sans les crachats sanglants expectorés *en sa présence*, il se serait cru en droit d'affirmer qu'il n'y avait aucune plaie; car ni le malade ni les assistants n'auraient songé, sans doute, à signaler ce détail, pas plus que la coloration en rouge des injections boriquées ressortant de la bouche. C'est pourquoi, bien que l'examen direct de la gorge (quand il a été possible, c'est-à-dire avant et après le resserrement des mâchoires) n'ait pas permis de voir la solution de continuité, celle-ci a certainement existé dans les profondeurs du pharynx.

J'ajouterai seulement deux courtes remarques : sans le soin minutieux avec lequel M. Buisson a examiné son malade et l'induction judicieuse qu'il a tirée d'un phénomène passager, l'observation précédente, au lieu de servir la bonne cause, aurait contribué à entretenir la vieille erreur.

L'entrée du tétanos par la voie gutturale, avec lésion pathologique préalable, ne paraît pas être bien rare, car je l'ai signalée déjà deux fois dans la série de vingt-six cas de tétanos soi-disant spontané, que j'ai récemment publiée. La proportion de trois sur vingt-sept est digne d'attention.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Lingrand (de Lille), priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté ayant pour objet la *description d'un nouvel appareil obstétrical*; 2° une lettre de M. le Dr Dropet (de Fays-Billot, Haute-Marne), envoyant un pli cacheté renfermant un *nouveau traitement du croup et de l'angine diphthéritique* (accepté) ; 3° une lettre de M. le Dr Bordas, envoyant à l'Académie un extrait du rapport adressé par lui au ministre de l'instruction publique sur une *mission scientifique aux îles Mascareignes, Seychelles et Comorres*; 4° un travail manuscrit intitulé *Un parasite du cow-pox*, par M. P. Pourquier, directeur de l'Institut vaccinal de Montpellier ; 5° une *Etude clinique sur les gommes syphilitiques*, envoyée pour le prix Daudet ; 6° deux travaux *sur le venin de la vipère*, envoyés pour le prix Orfila ; 7° une *Etude clinique et bactériologique sur les fièvres pernicieuses de la Grèce*, par le Dr Pampoukis, d'Athènes ; 8° des *notes topographiques et médicales sur la station thermo-minérale d'Hammam-Meskoutine* (Constantine), par le Dr de Valicourt ; 9° un travail *sur la rougeole dans la garnison d'Angoulême pendant l'hiver* 1886-1887, par le Dr Roux, médecin-major de 1re classe au 21e régiment d'artillerie ; 10° un autre travail du même auteur *sur la fièvre typhoïde à Angoulême en* 1887.

M. *Verneuil* présente : 1° de la part de M. le Dr Fontan, professeur à l'École de médecine navale de Toulon, un travail manuscrit sur le *Traitement des ulcères phagédéniques des pays chauds par les pulvérisations antiseptiques* ; 2° de la part de M. le Dr *Duboué*, correspondant de l'Académie à Pau, une lettre sur les pulvérisations phéniquées dans le traitement du furoncle et de l'anthrax.

M. *Constantin Paul* présente, de la part de M. le Dr Roorda Smitt, professeur à l'Université de Cordoba (République Argentine), une *note manuscrite sur le traitement du choléra et de la diarrhée prémonitoire par le calomel à haute dose* (de 2 gr. 50 à 5 grammes et même 9 grammes par jour).

M. *Hardy* présente, de la part de M. le Dr Albert Josias, médecin des hôpitaux de Paris, une relation manuscrite de l'épidémie cholérique observée en 1884 à l'Infirmerie centrale des prisons de la Seine.

INAUGURATION DU BUSTE DE BÉCLARD. — M. le président annonce que, jeudi dernier, un grand nombre de membres de l'Académie ont assisté, au cimetière du Père-Lachaise, à l'inauguration du buste de Béclard.

M. *J. Bergeron*, sur la demande de M. le président, lit le discours qu'il a prononcé à cette occasion au nom de l'Académie. Ce discours est accueilli par de nombreux applaudissements.

M. *le président* propose de renvoyer à la section d'hygiène le vœu émis par M. Brouardel, que l'on étudie la question des nouvelles sources que l'on doit amener à Paris (Adopté).

ÉTUDE DE LA VARIATION DES ÉCHANGES RESPIRATOIRES ET DE LA CAPACITÉ PULMONAIRE SOUS L'INFLUENCE DU SOMMEIL. — M. *Fr. Franck* lit un rapport sur un travail présenté sous ce titre à l'Académie par MM. Hanriot et Ch. Richet.

NOTE SUR L'INTOXICATION PAR L'ANTYPIRINE. — M. *B. Ball* lit une note de la part de M. le Dr Jennings. Chez une femme de 67 ans, atteinte de rhumatisme noueux, M. Jennings fit prendre chaque jour, à partir du 23 janvier, 2 gr. 50 d'antipyrine ; le 31 janvier, cette malade fut toute surprise de se voir couverte de taches érythémateuses sur les bras ; la nuit suivante les pieds étaient glacés, il n'y avait ni nausées, ni vertiges. Le lendemain la figure était rouge et enflée, les paupières presque complètement fermées par suite de leur gonflement. Le rash était généralisé. La malade n'avait plus d'appétit, elle eut une singulière sensation, comme si le corps était rempli de glace.

Le lendemain les yeux présentaient une conjonctivite catarrhale; il y avait de l'irritation des fosses nasales, la voix était rauque ; on aurait pu penser à une intoxication iodique. La température était plutôt abaissée, la surface du corps restant froide. M. Jennings prescrivit des doses minimes de teinture de belladone.

Trois autres faits du même genre ont été publiés dans des recueils étrangers. M. Germain Sée, d'ailleurs, avait déjà signalé une partie de ces accidents.

Ainsi donc l'antipyrine, médicament merveilleux, peut offrir, comme tous les médicaments actifs, des inconvénients sérieux dans la pratique. Il est important de porter ces faits à la connaissance du public médical pour éviter des accidents qui, sans une certaine prudence, pourraient quelquefois se produire.

M. *G. Sée*. Lorsqu'on donne l'antipyrine à la dose de 3 ou 4 gr. par jour à un malade, on peut observer des faits du genre de ceux

rapportés par M. Ball. J'ai donné ce médicament à 7 ou 8,000 malades, tant à l'hôpital qu'en ville et je n'ai observé qu'une fois ces accidents avec des doses faibles de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme; avec des doses plus forte, ces accidents peuvent se montrer dans un cas sur douze ou quinze, surtout chez les femmes; c'est-à-dire qu'on observe un rash plus ou moins ortié qui force à suspendre l'emploi du médicament.

Lorsque ces accidents se sont produits une fois, il est impossible de recommencer à donner à ces malades l'antipyrine, même à la dose de 1 gr. par jour.

Chez les hommes, ces accidents sont rares, et chez un de ces malades, M. Sée a pu reprendre l'emploi du médicament.

La gravité de ces accidents est nulle; il y a quelques rashs et quelques éruptions qui disparaissent au bout de vingt-quatre heures, et tout est fini. Le principal inconvénient est d'empêcher désormais chez ces malades l'emploi du médicament, mais ce n'est pas là un empoisonnement.

D'autre part, il est très rare de voir ces accidents se produire dès qu'on a donné le médicament; c'est au bout de quelques jours seulement.

Ces accidents disparaissent seuls, et il n'est aucun besoin de faire contre ces éruptions des injections hypodermiques d'atropine qui ne pourraient que provoquer d'autres éruptions.

L'antipyrine a été donnée à des doses fantastiques, jusqu'à 8 et 10 grammes par jour, sans inconvénient. M. G. Sée n'a jamais dépassé 5 grammes par jour.

M. *Dujardin-Beaumetz* partage l'avis de M. G. Sée sur l'innocuité des éruptions causées par l'antipyrine. Mais l'antipyrine a un inconvénient sur lequel il est bon d'appeler l'attention: c'est son action sur l'estomac. L'antipyrine produit des troubles très notables du côté de l'estomac. Le malade a du dégoût et perd l'appétit.

On peut se demander si les accidents ne sont pas dus à l'impureté du médicament. A un certain moment, lorque la vente était considérable, la fabrique de Creil a fabriqué de l'antipyrine ayant une forte odeur de benzine et qui sans doute avait été faite trop rapidement.

L'acétanilide est un antinerveux puissant et même parfois plus puissant que l'antipyrine, mais il a également des inconvénients. Les malades sont cyanosés, ils tournent au bleu, mais on en est encore à signaler des cas d'empoisonnement par l'acétanilide à dose restreinte, car on ne doit pas dépasser 1 ou 2 grammes par jour et encore à dose fractionnée.

M. *Ball.* M. Jennings avait surtout en vue de faire ressortir quel-

ques accidents du côté du système nerveux, qui n'avaient pas encore été signalés.

Le mot intoxication, au point de vue scientifique, n'a pas de signification sinistre. Les Anglais appellent intoxication l'abus de l'alcool et cependant il y a bien des gens qui s'intoxiquent chaque jour de cette manière.

M. *G. Sée* reconnaît qu'à une époque l'antipyrine a été trop vite et mal préparée. De plus, l'antipyrine a besoin d'être administrée quelquefois soit avec du bicarbonate de soude, soit avec de l'eau de seltz pour éviter les troubles du côté de l'estomac. De plus, quelques pharmaciens purifient très bien le médicament et le rendent très supportable.

Les Allemands emploient surtout l'antipyrine en injections sous-cutanées et ils en obtiennent d'excellents résultats.

M. *Ollivier*. La pureté ou l'impureté de l'antipyrine doivent jouer un très grand rôle dans l'administration de médicament. Chez des enfants n'ayant pas dépassé 7 ou 8 ans et atteints de chorée, M. Ollivier a donné jusqu'à trois grammes et demi et quatre grammes d'antipyrine par jour. C'est alors qu'on observe des rashs, mais il faut pour cela des doses élevées.

Quant aux résultats obtenus dans la chorée, M. Ollivier a vu ce médicament réussir, mais, d'autre part, il a vu des choréiques lui être absolument rebelles. Nous ne connaissons pas la physiologie pathologique de la maladie, et il y a, d'autre part, encore des lacunes sur le rôle physiologique de l'antipyrine.

Sur un cas de cystotomie par calcul biliaire. — M. *Polaillon* lit un rapport sur un travail lu par M. le Dr Terrillon. Une femme de 24 ans s'aperçoit par hasard de la présence d'une tumeur dans le flanc droit. Au bout de deux mois, M. Terrillon constate une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, lisse et très mobile dans le sens transversal. La matité se continuait avec celle du foie. Partout ailleurs la cavité abdominale était normale. On avait donc affaire à une tumeur venant du foie ou adhérant au foie.

L'opération fut faite au mois de février 1886. Aussitôt l'abdomen ouvert, on reconnaît facilement le bord inférieur du foie. Le doigt introduit dans la plaie reconnait facilement qu'il s'agit de la vésicule biliaire distendue. La poche étant ponctionnée laisse écouler du liquide clair d'abord, puis blanchâtre et, dans la poche revenue sur elle-même, on trouve un calcul biliaire. M. Terrillon réséqua une partie de la vésicule et sutura le reste au bord de la plaie abdominale, laissant une large fistule biliaire qui se ferma peu à peu.

En général l'incision la plus favorable dans la cholécystotomie est

une incision à droite. M. Terrillon a fait une incision médiane pour pouvoir au besoin explorer l'abdomen.

S'il existe des calculs, il faut les extraire, afin que la sécrétion du foie puisse reprendre son cours normal et que, s'il y a une fistule biliaire, elle puisse se fermer par la suite. Chez un des malades de Lawson Tait un calcul engagé dans le canal cholédoque ne put être extrait; aussi la fistule ne put-elle se guérir.

La statistique la plus récente sur la cholécystotomie, celle relevée par M. Denucé, donne comme résultat 33 succès et 8 morts. Le cas de M. Terrillon vient augmenter la proportion des succès.

Le cholécystotomie a donc fait ses preuves et il faut en discuter l'opportunité toutes les fois qu'il y a une tumeur dans l'hypochondre avec des symptômes de rétention biliaire; mais il faut toujours faire précéder l'opération d'une ponction exploratrice.

Géographie médicale du département de l'Ain. — M. *Lagneau*, fait un rapport sur un travail portant ce titre, par M. Aubert, médecin major. Ce rapport plein de faits statistiques, ne se prête malheureusement pas à un résumé succinct.

Remèdes nouveaux et secrets. — M. *Johannès Chatin* lit; sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets ou nouveaux, un rapport dont les conclusions, toutes négatives, sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à 4 heures 3 quarts.

BIBLIOGRAPHIE

—

Des anémies, par le Dr *Ch. Lejard*, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Imprimerie A. Lanier, 14, rue Séguier, Paris 1888).

Après avoir indiqué dans un historique rapide les diverses théories scientifiques par lesquelles on a essayé d'expliquer l'état pathologique appelé *anémie*. Le Dr Lejard montre la corrélation des évolutions des théories avec les découvertes scientifiques modernes, avec les progrès réalisés en chimie et en physiologie, avec le perfectionnement des procédés d'examen du sang.

« Les notions d'hydrémie, d'aglobulie, ont été remplacées par celles de richesse du sang en hémoglobine, oxyhémoglobine, etc., en même temps que la numération des globules faisait place aux dosages d'oxyhémoglobine. A l'idée de richesse du sang en oxyhémoglobine, il a fallu ensuite ajouter l'idée de mutation nutritive; et cette autre qui lui est corrélative : activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus. »

Appliquant les notions théoriques à la pratique, le Dr Lejard a recherché sur chaque malade :

1° La richesse du sang en oxyhémoglobine ;

2° L'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus ;

3° L'état d'excitabilité du système nerveux ;

4° L'existence ou la non-existence d'une affection organique générale ou locale.

Il a pu ainsi, pour chaque malade, porter un diagnostic exact en indiquant l'existence ou l'absence d'anémie, son degré, sa forme, sa cause.

Or, à tous ces anémiques, il a fait subir un traitement identique, le traitement par les eaux chlorurées sodiques bromo-iodurées de Salies-de-Béarn, et voici les conclusions auxquelles l'ont conduit ses observations :

« Ces eaux sont spécifiques de l'anémie ;

Elles agissent sur la richesse du sang en oxyhémoglobine en l'augmentant ;

Elles agissent sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus ; les eaux chlorurées sodiques excitent l'activité trop lente ; les eaux bromurées-iodurées dépriment une activité trop exagérée ;

Elles agissent sur le système nerveux en excitant le système sympathique et en calmant l'excitabilité cérébro-spinale ;

Elles guérissent les affections locales, quand elles existent, surtout celles qui sont entretenues par l'anémie. »

Dr E. Deschamps.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 20 au 25 février 1888.

Lundi 20. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Déjerine. — 3e examen (officiat), définitif, Hôtel-Dieu : MM. Damaschino, Reynier, Segond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Guyon, Budin, Reclus.

Mardi 21. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias Duval, Quinquaud, Quenu. — 4e examen, doctorat : MM. Laboulbène, Proust, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Richet, Tarnier, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. G. Sée, Jaccoud, Ballet. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Peter, Fernet, Joffroy.

Mercredi 22. — 1er examen (officiat), définitif : MM. Marc Sée

Remy, Reynier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, A. Robin, Brissaud. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Fournier, Chauffard.

Jeudi 23. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas, Bouilly, Brun. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Cornil, Raymond.

Vendredi 24. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Segond. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Landouzy. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier.

Samedi 25. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Richet, Bouilly, Campenon. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Hanot. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Panas, Brun, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Le Fort, Tarnier, Peyrot.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 23, à 1 heure. — M. Houdet : Quelques considérations médicales sur l'escadre de l'amiral Courbet. *Président* : M. Brouardel. — M. Mars : Étude séméiologique du délire hypochondriaque. *Président* : M. Ball. — M. Rebillard : Du traitement des végétations des organes génitaux externes. *Président* : M. Le Fort. — M. Moreau : Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les trois derniers mois de la grossesse. *Président* : M. Tarnier.

Vendredi 24, à 1 heure. — M. Blocq : Des contractures. *Président* : M. Charcot. — M. Rigoreux : Syphilis. — Hérédité paternelle. *Président* : M. Fournier.

Samedi 25, à 1 heure. — M. Pons : De quelques considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Injections hypodermiques d'eucalyptol. *Président* : M. Ball. — M. Lamy : Du vomissement utérin en dehors de la grossesse. *Président* : M. Ball. — M. Leconte-Marcel : La résorcine en médecine. *Président* : M. Ball.

NOUVELLES

Faculté de médecine. — La Faculté a procédé jeudi au vote sur les candidatures à la chaire de pathologie expérimentale et comparée. La liste de présentation avait été ainsi dressée :

En *première ligne*, M. Straus ;

En *deuxième ligne*, M. Hanot.

M. Straus a été désigné en première ligne par 25 voix sur 25 votants et M. Hanot en deuxième ligne par 24 voix et un bulletin blanc.

ASSOCIATION DES ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — MM. les anciens internes sont priés de faire connaître, à la salle de garde de Sainte-Anne, leur adresse exacte.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 2 février 1888 : sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris : MM. le Dr Navarre, conseiller municipal de Paris ; Blouet, membre de la Chambre de commerce; Thuillier, administrateur du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement; le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, pris en dehors de toute catégorie; Risler, chimiste, maire du 7e arrondissement, pris en dehors de toute catégorie; Bernheim, avoué à la Cour d'appel, pris en dehors de toute catégorie.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le Dr Descroizilles commencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, le vendredi 24 février, à 9 heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. Consultation le mardi, à 9 heures et demie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Encyclopédie internationale de chirurgie. — **Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme**; par les docteurs G. BOUILLY, S. DUPLAY, L. PICQUÉ, Ed. SCHWARTZ, P. SEGOND, L. POISSON, A. POUSSON, R. HARRISON. — Paris, 1888, 1 vol. grand in-8° de 908 pages avec 322 figures. Prix : 17 fr. 50.

La Folie érotique, par B. BALL, professeur à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 157 pages, 2 fr.

Recherches sur la dyspepsie iléo-cœcale, par H. BACHELET, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 380 pages (3e édit.), 5 fr.

Les nouvelles institutions de Bienfaisance. Les Dispensaires d'enfants malades. L'Hospice rural, par le Dr A. FOVILLE, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 255 pages, avec 10 plans, 3 fr. 50.

Publications du PROGRÈS MÉDICAL, 14, rue des Carmes, Paris.

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés, contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine, par Alice SOLLIER, née Mathieu DUBOIS. — Un volume in-8° de 180 pages, avec 32 figures. Prix : 4 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

...nte-cinquième année. — Tome I. N° 21 Samedi 18 Février 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[Dela]haye et E. Lecrosnier
Place
de l'École-de-Médecine
Paris

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

[Adre]sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
[Les] ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I, N° 21 Samedi 18 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Des indications et contre-indications de l'intervention chirurgicale dans le cancer utérin,

Par M. le Dr F. Verchère
Ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté.

Nous publions aujourd'hui le premier article d'une série que nous tâcherons de mener à bien, Il nous a semblé qu'elle pourrait présenter un certain intérêt pour les lecteurs de la *France médicale*.

Cette série d'articles sur la chirurgie courante n'aura d'autre but que d'indiquer clairement et rapidement les différents moyens *à la portée de tous* que l'on emploie en chirurgie journalière, sans qu'il soit besoin d'avoir recours aux grands maîtres de l'art chirurgical.

Il est certain, en effet, surtout depuis les récents progrès de la chirurgie moderne, que la grande différence des études que doivent suivre le médecin et le chirurgien accentue encore la séparation tranchée entre les services qu'ils peuvent rendre. Beaucoup de graves et difficiles interventions chirurgicales resteront et doivent rester, dans l'intérêt même des patients, le monopole du chirurgien, comme les affections médicales — j'ajouterai même toutes les affections médicales — doivent rester le domaine incontesté du médecin, sans que le chirurgien s'y permette une incursion dont sa conscience lui reprocherait l'audace.

Soyez médecins, restons chirurgiens. Un bon chirurgien ne sera jamais qu'un inutile, sinon un dangereux médecin. Aidons-nous, mais ne chassons par sur les terres les uns des autres, au grand détriment des intéressés, je veux dire des patients.

Que si la séparation est très nette et très tranchée pour le chirurgien — qui doit rester, sur le terrain chirurgical, maître, il est vrai, incontesté, du terrain — il n'en est plus absolument de même du médecin qui, de par sa situation, son éloignement, son isolement, se trouverait désarmé en face de cas simples dans lesquels un traitement facile, *mais nécessaire*, peut rendre grand service à ses

patients; il peut donc être forcé d'agir et d'agir d'urgence en quelque sorte. Il lui faut donc connaître cette chirurgie que j'appelle la chirurgie courante. Il faut qu'il soit prémuni contre les dangers d'une intervention intempestive ou mal conduite. Il doit savoir ce qu'il doit faire et *surtout ce qu'il ne doit pas faire*. C'est ce que nous tâcherons de montrer dans la série d'articles que m'a demandée notre rédacteur en chef.

Me bornant à indiquer ce que le médecin est *capable ou obligé* de savoir et de faire dans les cas simples de chirurgie en face desquels il peut à chaque instant se trouver, et à lui montrer aussi quels sont les cas dans lesquels il doit s'en tenir à un traitement expectant jusqu'au moment où il devra faire venir un chirurgien.

Pour rester pratique et, autant que je m'efforcerai de l'être, utile à nos confrères médecins, je supprimerai toute bibliographie, tout historique hérissé de noms et de procédés tombés justement dans l'oubli : je n'insisterai que tout juste autant qu'il sera nécessaire sur la symptomatologie, ne traitant du diagnostic que pour les indications et contre-indications qu'il pourra fournir.

La question de thérapeutique sera celle que j'envisagerai surtout, et qui me paraît devoir être la plus utile à nos lecteurs.

Le cancer utérin peut se présenter dans deux conditions : il est opérable ou inopérable.

Dans le premier cas, on peut espérer, par une intervention plus ou moins radicale, de reporter à une époque indéterminée plus ou moins longue, parfois indéfinie, la récidive presque toujours inévitable. Tout cancer devant être opéré, c'est une loi chirurgicale, ne doit l'être que lorsqu'il est au début, qu'il est encore limité, que, par l'instrument tranchant, on peut dépasser largement les limites du mal, qu'aucune généralisation n'est encore effectuée soit dans le département lymphatique voisin, soit dans les organes plus ou moins éloignés.

Ces conditions pour le cancer de l'utérus ne se rencontrent guère que dans les premiers temps de son apparition. C'est dire qu'un examen attentif par le toucher et la vue doit être fait dès qu'une femme se plaint de quelques symptômes pouvant faire soupçonner l'existence de cette terrible affection.

C'est au moment de la ménopause ou dans les quelques années qui la précèdent, parfois, mais moins fréquemment, plus tôt que l'on rencontre le cancer de l'utérus au début. Peu ou pas de douleur, mais des hémorrhagies, métrorrhagies ou ménorrhagies, plus ou moins abondantes et revenant sans cause ou sous l'influence d'une excitation ou traumatisme génital, puis des flueurs blanches, un écoulement ca-

ractéristique, l'eau rousse, que l'on a comparé aussi à du jus de viande, exhalant une odeur *sui generis*, repoussante, écœurante, épouvantable parfois, qu'on n'oublie plus quand on l'a sentie une fois; aussi avons-nous été étonné de lire qu'Emmet trouvait l'odeur de l'acide phéniquo aussi désagréable que celle de cet écoulement. Les pertes sanguines apparaissant après la ménopause, et qui flattent parfois l'amour-propre de femmes qui se croyaient à jamais privées de leur attribut de jeunesse, sont hélas! bien souvent le premier symptôme de l'épithélioma. Il faut examiner, toucher et voir le col utérin.

Tant que l'ulcération n'a pas dépassé le col, tant que les ganglions du ligament large ne sont pas atteints, — et ils ne le sont, dans le plus grand nombre des cas, que lorsque le cancer a envahi le sillon utéro-vaginal — il faut intervenir, et intervenir largement : le cancer est opérable.

Dans le cas contraire, on ne doit plus avoir recours qu'aux moyens palliatifs plus ou moins énergiques, suivant les dangers immédiats plus ou moins sérieux que font courir à la patiente les complications qui peuvent se produire.

Les chirurgiens sont divisés au sujet de l'intervention à mettre en pratique dans les cas de cancers opérables. Les uns, prenant en considération les dangers d'une intervention radicale, défendent l'amputation partielle; les autres, plus énergiques et convaincus des principes admis pour d'autres cancers — à savoir que pour plus de sûreté il faut, quand on le peut, enlever la totalité de l'organe présentant une lésion même peu étendue —, prônent et conseillent l'ablation totale.

La prise en considération des dangers a beaucoup diminué de sa valeur et les statistiques récentes (Terrier, Richelot, Bouilly, etc.) ont montré combien était faible la mortalité, relativement à ce qu'on pouvait la penser : 4 0/0 à peine. Aussi l'hystérectomie prend-elle de plus en plus droit de cité et remplace-t-elle peu à peu les anciens procédés.

L'*amputation partielle* peut être sous-vaginale ou supra-vaginale. Cette dernière, que M. Labbé a rappelée dans une récente discussion à l'Académie de médecine, a été surtout défendue par Schrœder.

Après avoir incisé les insertions du vagin, décollé la vessie en avant et le rectum en arrière, on pratique la section du col le plus haut possible au bistouri : on espère ainsi dépasser les limites du mal. Quels sont les avantages sur la sous-vaginale ? On ampute le col plus haut, mais les dangers sont beaucoup plus grands.

L'opération exige l'abaissement de l'utérus au même degré que pour l'ablation totale ; l'incision au bistouri expose à l'hémorrhagie par section de l'utérine, toujours difficile à arrêter dans la profondeur

du vagin; enfin, il est impossible, le plus souvent, de ne pas ouvrir le cul-de-sac péritonéal utéro-rectal. Schrœder et Emmet, recommandent d'en faire la suture; de là le principal danger que redoutent les partisans de l'intervention partielle : l'ouverture du péritoine n'est pas évitée dans l'amputation supra-vaginale. De là l'abandon de ce procédé par la plupart des auteurs, et à juste titre, puisqu'il est aussi dangereux — 14 0/0 de mortalité — que l'amputation totale, moins rationnel puisqu'il laisse une partie de l'organe malade, enfin, qu'il est aussi plus difficile à exécuter.

L'amputation partielle sous-vaginale est plus facile, en général : on se propose d'enlever le col au niveau de l'insertion du vagin. Pour la faire, on se sert du bistouri en Allemagne. En France, les auteurs sont moins d'accord : Gallard défendait le galvano-cautère, M. Verneuil se sert de l'écraseur de Chassaignac, pour éviter l'hémorrhagie inévitable après l'incision au bistouri. Mais elle est moins à craindre qu'on ne l'a avancé et, le plus souvent, s'arrête avec une simple injection d'eau très chaude. On a accusé la section à l'écraseur de déterminer des hémorrhagies secondaires. C'est un reproche peut-être exagéré, et dans bien des cas d'ablation du col que j'ai pu voir faire par M. Verneuil, je n'ai jamais vu se produire cet accident. La chaîne d'écraseur est difficile à placer, dit-on, et dans un cas M. Verneuil rapporte une perforation du péritoine. Cet argument n'aurait plus de raison d'être actuellement, grâce au procédé de section qu'emploie le professeur de la Pitié. Il fait une ponction du col au niveau de l'insertion du vagin, passe un fil chargé de faire ainsi passer deux chaînes d'écraseur, une qui coupera la moitié droite, l'autre la moitié gauche du col utérin. Ainsi, il ne peut plus y avoir glissement, comme autrefois lorsqu'on se contentait d'ouvrir le col dans une anse circulaire, et on est à peu près assuré de dépasser les limites du mal, s'il n'y a pas progression trop étendue de la lésion au niveau de la muqueuse cervicale. La survie qu'a obtenue M. Verneuil sur les cas qu'il a publiés est en moyenne de deux ans, ce qui est un excellent résultat. Quant aux dangers, ils sont beaucoup moindres que ceux entraînés par l'ablation totale.

Celle-ci comprend trois temps principaux : l'abaissement de l'utérus, l'incision circulaire des insertions vaginales et la libération en avant et en arrière de l'utérus; le traitement des ligaments larges.

L'abaissement de l'utérus doit être complet, énergique; le col doit, pour que l'opération soit facile, faire issue au niveau de la vulve. Cette mobilité de l'utérus doit exister lorsque l'on tente l'ablation totale; c'est en effet un des meilleurs signes de l'intégrité des ganglions du ligament large; lorsque l'utérus ne s'abaisse pas, il es bien rare qu'on soit autorisé à faire l'ablation totale. De là une bien

moins grande difficulté que ne l'on dit certains auteurs, puisqu'une des plus grandes difficultés, le défaut de l'abaissement, est presque toujours une contre-indication.

L'incision des insertions vaginales doit être faite en un temps, délibérément, franchement; elle doit se faire sur l'utérus, dans lequel il importe peu, puisqu'on va l'enlever, que le bistouri pénètre peu ou prou. Puis, après que l'incision est complète, avec le doigt on décollera avec soin la vessie en avant, le rectum en arrière; on ne sera arrêté que sur les parties latérales par une résistance plus ou moins marquée, mais toujours très appréciable, donnée par le bord inférieur des ligaments larges. Bientôt on aperçoit le péritoine analogue au sac qui recouvre une anse intestinale herniée : on l'incise dans une étendue qui permet l'entrée du doigt et on le déchire circulairement avec ce doigt. L'utérus ne tient plus que par ses parties latérales et le doigt introduit doit pouvoir le parcourir dans toute son étendue, régulier et lisse comme un morceau de savon (Bouilly).

Les ligaments larges autrefois étaient liés puis coupés, après ligature simple ou entre deux ligatures; aujourd'hui on les traite plus simplement. On évite la ligature, toujours difficile, et on se contente, comme l'a proprosé Richelot, de poser une longue pince de chaque côté sur chaque ligament. Le doigt passé au dessus du bord supérieur du ligament large s'assure de la position des mors de la pince, puis on sectionne le long de la pince. Les pinces sont laissées à demeure pendant 36 ou 48 heures.

Les dangers de l'opération sont encore nombreux et exigent un chirurgien exercé, mais ils sont bien moins à redouter qu'autrefois. Les hémorrhagies sont évitées par les pinces à demeure. Le pincement des urétères qui, autrefois, était assez fréquent, est devenu plus rare, parce qu'on a grand soin de décoller très attentivement et très largement l'utérus de la vessie. La manœuvre que recommande Richelot et qui consiste à enlever après l'ablation de l'utérus une collerette du vagin semble devoir exposer à cet accident.

La mortalité a très certainement diminué et, dans les statistiques, atteint à peine 14 0/0.

En terminant, si nous jetons un coup d'œil sur ces diverses opérations, nous pouvons voir qu'elles peuvent être employées suivant les circonstances.

Il est certain que, dans les cas où il y a extension dans la cavité utérine au delà du col dans la muqueuse du corps, l'ablation partielle devient une mauvaise opération.

C'est à l'ablation totale qu'il faut avoir recours. La supra-vaginale, à cause de ses dangers, de son but incomplet, n'a pas de raison d'être.

On reste donc en présence, dans la plupart des cas, d'un choix à faire entre l'ablation totale et la sous-vaginale.

La mortalité un peu plus élevée après l'ablation totale plaide seule contre elle ; elle est en effet plus rationnelle, elle répond à la loi qui régit l'intervention dans tous les cancers, enfin elle peut faire espérer une guérison définitive. L'amputation partielle est défendue surtout pour les épithéliomas au début, alors que le ligament large est libre, alors qu'il n'y a pas de ganglions envahis, et peut donner de bons résultats ; mais que seront alors ceux que donnera l'amputation totale ? Ils seront parfaits et on pourra encore espérer bien mieux la guérison définitive si elle est possible. J'ajouterai que, dans ces cas de début, les grandes difficultés, et par suite les dangers de l'ablation totale disparaissent en grande partie et en font une opération de choix.

Dans le prochain article, j'indiquerai quels sont les procédés applicables à la région qui permettraient de faire ces graves opérations sans danger pour ainsi dire, comment on peut obtenir l'antisepsie vaginale, quels sont les soins à donner après l'opération ; enfin je terminerai par l'étude du traitement palliatif du cancer utérin.

Dr F. VERCHÈRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *février* 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

DES DOULEURS CHEZ LES VARIQUEUX. — M. *Verneuil*. Je viens confirmer ce que M. Quenu a dit sur les varices des nerfs. J'ai vu, sur des pièces que j'ai préparées il y a longtemps, la veine qui rampe dans l'épaisseur du nerf sciatique devenir variqueuse et acquérir le diamètre d'un porte-plume.

Il y a une autre explication pour les douleurs ; car les veines intra et intermusculaires sont en rapport avec les filets nerveux, qui tournent en spirale autour d'elles quand les veines sont volumineuses ; les nerfs sont comprimés, quand ces veines sont gorgées de sang dans la station debout.

A propos des abcès de la malaria, M. Verneuil fait observer que les micro-organismes observés dans la fièvre paludéenne ont été décrits pour la première fois par Laveran, puis par Richard, et non par Marchiafava, qui les a décrits longtemps après.

M. *Schwartz* confirme par une observation ce que disait M. Quenu à propos des douleurs chez les variqueux :

J'ai opéré, il y a trois ans, à Beaujon, un malade porteur d'un

peloton variqueux à la face interne du genou, et qui souffrait atrocement quand il était debout. La douleur a disparu après l'opération, quoique je n'aie pas reséqué le nerf saphène interne en rapport avec es veines variqueuses.

M. *Trélat.* J'avais été frappé, moi aussi, de la fréquence des douleurs névralgiques chez les variqueux.

Il y a neuf ans, j'ai été appelé auprès d'une dame qui avait été atteinte de phlébite variqueuse. Nous dûmes la soigner avec son médecin, pendant trois ou quatre mois, de douleurs rhumatoïdes d'abord, de névralgie sciatique ensuite. Nous ne nous expliquions pas bien ces douleurs. Aujourd'hui, il n'est pas douteux pour moi que ces douleurs ne fussent dues à la compression de filets nerveux par des veines enflammées.

M. *Després* dit, à propos de la communication de M. de Saboia : Il ne faudrait pas établir de nouveaux genres d'abcès. Nous connaissions les faits d'abcès soudains décrits par Delpech. Les faits de M. de Saboia paraissent rentrer dans le cas.

M. *de Saboia.* Les abcès que j'ai observés ne sont pas des abcès soudains de Delpech ; ils ont la marche des abcès froids : car ils n'ont ni chaleur, ni douleur, ni rougeur, mais ils se montrent plus rapidement.

Lésion traumatique du nerf radial. Paralysie. Suture. Résultat négatif, par M. *Severeano* (de Bucarest). *Rapport.* — M. *Pozzi.* Un homme est blessé par un coup de fusil. Il y a une paralysie incomplète du nerf radial. La sensibilité est diminuée seulement à la main. M. Severeano pense à une section incomplète du nerf.

Opération le treizième jour après la blessure. Incision au niveau de la gouttière radiale : on trouve le nerf qui était manifestement lésé, sans qu'il soit dit dans l'observation quelle était la nature de la lésion. On resèque le nerf sur deux centimètres. L'application de l'appareil Dubois-Reymond sur le bout périphérique ne donne rien dans les muscles tributaires. Puis on fait la suture.

Malheureusement pas de résultat fonctionnel. Après l'opération, l'atrophie des muscles augmente de plus en plus et la sensibilité diminue. Pas de nouvelles depuis ce moment.

M. Pozzi fait observer qu'il ne s'agit probablement que de contusion nerveuse ; il aurait été peut-être préférable de ne pas reséquer le nerf.

Ce fait prouve que, si d'après les résultats de l'observation et si, même après une exploration directe par une incision, on ne trouve qu'une contusion ou une rupture incomplète, il vaut mieux s'abstenir ou ne faire que la suture des fibres rompues dans le cas de rupture incomplète.

M. *Trélat* rappelle qu'à propos des cas de compression ou d'encla-

vement d'un nerf dans un cal, il n'a jamais, malgré des altérations manifestes du nerf, fait de résection. Il vaut mieux attendre la régénération nerveuse que faire la résection.

M. *Terrier*. L'observation de M. Severeano étant incomplète, ne devrait pas figurer dans les Bulletins.

M. *Le Fort*. Les insuccès instruisent autant que les succès; il est bon que l'observation soit publiée.

M. *Tillaux*. Il me paraît absurde de couper un nerf contus pour le suturer ensuite. L'opération pratiquée par M. Severeano n'est ni une suture primitive, ni une suture secondaire.

DU CATHÉTÉRISME RÉTROGRADE DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS INFRANCHISSABLES. — M. *Tillaux*. Un homme de 34 ans tombe à califourchon sur un tréteau: uréthrorrhagie abondante, tumeur périnéale, rétention complète d'urine, cathétérisme impossible; incision périnéale.

Après douze jours, on mit une sonde à demeure pendant quinze jours. Elle fut expulsée. On ne put la réintroduire.

Le malade me fut envoyé à l'Hôtel-Dieu; je ne pus franchir le rétrécissement. Je fis l'uréthrotomie externe sans pouvoir trouver le bout postérieur.

Quelque temps après, je renouvelai les tentatives, mais je dus faire la taille hypogastrique pour faire le cathétérisme rétrograde par la plaie hypogastrique. J'introduisis un cathéter métallique pour inciser le périnée. Puis je mis dans l'urèthre un tube en caoutchouc qui sortait par l'hypogastre et que je remplaçai par une sonde après quinze jours. Le malade est sorti guéri.

M. *Desprès*. Dans un cas analogue à celui de M. Tillaux, où je dus faire l'uréthrotomie externe, je ne trouvai pas le bout postérieur. Alors au lieu de continuer à inciser dans le sens antéro-postérieur, je fis une incision transversale qui me permit de trouver le bout postérieur.

Mon but n'est pas cependant de critiquer M. Tillaux.

Je veux dire qu'il vaut mieux faire l'incision transversale que l'incision antéro-postérieure telle que la conseillent les livres classiques.

M. *Schwartz*. J'eus l'occasion de faire une uréthrotomie externe il y a trois ans. Je ne pus trouver le bout postérieur. Je pris un gros trocart et je créai un nouveau canal jusqu'à la vessie, puis je mis une sonde à demeure. Depuis ce moment, cet homme se porte très bien; il vient de temps en temps me voir pour se faire passer des Béniqué.

M. *Le Dentu*. Après avoir éprouvé des difficultés à trouver le bout postérieur comme tous les chirurgiens, j'ai renoncé complètement à rechercher le bout postérieur par les moyens habituels, et je me suis rallié au procédé de Demarquay, publié à l'Académie en 1867. Il

s'agit de mettre un doigt dans le rectum et d'aller, soit par une incision transversale, soit par une incision antéro-postérieure, soit en combinant les deux, directement inciser la portion membraneuse.

Je préfère l'incision antéro-postérieure, et je sectionne la portion membraneuse et même le bec de la prostate.

Dans la première opération où j'ai employé ce procédé après avoir incisé la portion membraneuse, je me suis servi, pour inciser le bout postérieur d'arrière en avant, vers le rétrécissement et le bout antérieur, d'une sonde cannelée recourbée.

Depuis j'ai fait construire, pour la remplacer, un instrument qui consiste dans un gorgeret cannelé recourbé d'un centimètre de long, qui s'articule avec une tige et je l'introduis dans la portion prostatique appliqué sur la tige; puis je le relève pour accrocher la portion membraneuse d'arrière en avant et je m'en sers comme d'un conducteur. J'ai opéré ce matin un malade par ce procédé.

Je crois que ce procédé pourra, dans le cas où le canal n'est pas détruit, remplacer le cathétérisme rétrograde par la taille hypogastrique, qui complique un peu l'opération.

Voilà trois fois que j'agis ainsi et les trois fois l'opération a été très courte, au lieu d'être longue comme le sont d'habitude les uréthrotomies externes.

Je n'ai pas la prétention néanmoins de supprimer le catéthérisme rétrograde vésical qui pourra avoir ses indications.

M. *M. Sée*. Chez un petit malade ayant un rétrécissement infranchissable et atteint de rétention d'urines, j'ai réussi à trouver le bout postérieur par le moyen suivant :

Il s'agit d'un enfant qui s'était rompu l'urèthre dans une chute sur le périnée. D'où retrécissement de plus en plus accusé. Il en était arrivé à avoir une rétention d'urine complète. Après des tentatives de cathétérisme je dus faire l'uréthrotomie externe. Je mis une sonde dans le canal pour ouvrir l'urèthre en avant du rétrécissement, puis je plaçai deux fils sur les bords de l'urèthre pour le tendre. Ainsi tendu, il laissa bien voir l'orifice du rétrécissement que je pus cathétériser très facilement.

M. *Segond*. Le procédé dont parle M. Sée est ancien : il est décrit tout au long dans la thèse d'E. Monod ; il est employé journellement par M. Guyon.

Il n'y a pas de règle fixe pour l'application des artifices à employer dans l'uréthrotomie externe.

Mais quelques artifices me paraissent devoir être repoussés ; tel est le procédé de M. Schwartz, malgré le succès qu'il lui a donné.

M. *Le Fort*. Il y a quelque temps, j'eus occasion de voir une malade qui avait une fistulette vésico-vaginale absolument impossible

à voir. Je mis une solution d'iodure de potassium dans la vessie, et je badigeonnai avec le nitrate de plomb la surface du vagin. Immédiatement, une couleur jaune se montra dans le point où était la fistulette.

On pourrait faire de même dans l'uréthrotomie externe : faire avaler de l'iodure de potassium au malade, barbouiller la peau avec du nitrate de plomb. Quand l'urine sourdera, elle déterminera une tache jaune.

M. *Desprès*. Je complète l'observation. Chez mon malade, j'ai enlevé le rétrécissement : il importe peu alors que l'urèthre soit ouvert transversalement ou longitudinalement.

M. *Schwartz*. Je ne poserai pas en règle de se servir du procédé que j'ai employé. Mon procédé est un procédé de nécessité : je ne pensai pas devoir faire la taille hypogastrique séance tenante chez mon malade. C'est pourquoi j'ai employé un procédé plus expéditif.

M. *Peyrot*. Les moyens de rechercher le bout postérieur sont variables.

Quand il y a une oblitération, on ne peut passer; mais cela est rare.

Or il y a des dispositions qui expliquent l'insuccès.

J'ai trouvé dernièrement dans mon service un malade auquel on avait fait une tentative vaine d'uréthrotomie externe.

J'ai voulu refaire l'uréthrotomie externe. J'allais presque désespérer, quand j'ai eu l'idée de prolonger mon incision en avant : j'ai pu alors voir un cul-de-sac. J'ai comprimé la vessie et j'ai fait sortir un peu de liquide louche par cette dépression par laquelle j'ai pu introduire un stylet. Cette fois-ci, j'étais dans l'urèthre; j'étais auparavant dans une fausse route. Voilà donc une particularité qui peut expliquer certains insuccès de l'uréthrotomie externe.

M. *Le Fort*. Je suis opposé à l'ablation complète du rétrécissement: on s'expose ainsi à ce que les bouts du canal ne se correspondent plus et à avoir des rétrécissements infranchissables.

M. *Tillaux*. J'ai essayé de faire une incision du côté du bec de la prostate. Je n'ai pas pu.

Tumeur kystique de la mamelle. Présentation de la malade. — M. *Reclus* présente une malade atteinte de maladie kystique de la mamelle, qui se reconnaît aux caractères suivants :

1° Il n'y a pas de tumeur à proprement parler : il y a une tumeur principale et une série d'autres plus petites et de volume variable; on dirait que le sein est injecté de mil.

2° Dans l'immense majorité des cas, la tumeur est bilatérale.

3° Les tumeurs sont absolument dures dans l'immense majorité des cas, et cependant les tumeurs sont liquides.

M. Segond a déjà opéré cette malade, et c'est après avoir examiné la tumeur opérée qu'il a eu l'obligeance de me l'adresser.

M. *Segond.* J'ai enlevé la tumeur comme tumeur adénoïde du sein : c'était une tumeur composée d'une grande quantité de kystes.

M. *Le Dentu* présente un malade auquel il a reséqué une partie des os de la face atteints d'ostéome diffus. L'opération a été suivie d'un résultat remarquable. Les portions non enlevées se sont atrophiées. Le résultat est très bon.

P. Bazy.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai sous les yeux l'intéressante revue des travaux parus sur le strophantus, publiée le 11 courant, dans la *France médicale*, et je crois vous être agréable ou vous signalant quelques erreurs matérielles qui méritent, ce me semble, d'être rectifiées puisqu'elles peuvent faire confondre deux produits d'activité bien différente.

Ce n'est pas 5 p. 100 d'*extrait* que j'ai retiré des semences expérimentées par M. Polaillon, mais 5 p. 100 de *strophantine* cristallisée en lamelles. De même pour le strophantus Kombi il faut lire 1 p. 100 de *strophantine* cristallisés en aiguilles. Ces deux variétés de strophantus donnent 15 p. 100 d'extrait.

Les pouvoirs toxiques de ces deux strophantines ne me paraissent pas très différents, mais équivalents. En effet un demi-milligramme de la première, en injection sous-cutanée, a tué un lapin de 1075 grammes en quarante heures, tandis qu'un même poids de la seconde a tué un lapin de 750 grammes en une heure. Si la durée de l'intoxication est différente, le poids des deux animaux diffère aussi notablement et, en définitive, les deux animaux ont été tués avec un demi-milligramme.

Je vous prie d'agréer, etc.

A. Catillon.

NÉCROLOGIE

M. Emile Rousseau père, chimiste, ancien préparateur d'Orfila, puis de J.-B. Dumas, à la Faculté de médecine, décédé à l'âge de 73 ans.

NOUVELLES

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Au dernier conseil de la Faculté, M. le Doyen a entretenu le Conseil de l'incendie qui s'est déclaré mardi 7 février, vers 7 heures et demie du soir, dans le grand amphithéâtre des cours de la Faculté et en a détruit à peu près le tiers. Le feu a été occasionné par le calorifère dont les tuyaux passent sous l'amphithéâtre, tout près des poutres qui soutiennent les gradins des élèves. Cette disposition souverainement imprudente sera modifiée au cours des réparations qui ont lieu en ce moment et qui, pense-t-on, seront menées assez rapidement pour que les cours puissent recommencer dans le grand amphithéâtre jeudi prochain, ou vendredi au plus tard.

M. le Doyen, en signalant cet incendie au recteur, lui a rappelé à nouveau les dangers que l'Ecole court de tous côtés, et notamment du côté du petit amphithéâtre et du laboratoire de M. Regnault, par le fait des conduites de gaz. Il a demandé au recteur que sa responsabilité fût couverte par une commission d'ingénieurs ou par un inspecteur spécial chargé de recevoir les travaux livrés par l'architecte et de s'assurer que toutes les mesures étaient prises pour éviter des incendies à l'avenir.

— Il a été arrêté que les vacances de Pâques commenceront le 25 mars et finiront le 8 avril. Comme d'habitude, les 13 et 14 février courant (jours gras), la Faculté a été fermée.

— Les cours du semestre d'été commenceront le 15 mars.

— Sur un rapport de M. le Pr Le Fort, la modification suivante dans le concours du prosectorat a été décidée à l'unanimité:

L'épreuve dite des pièces sèches sera supprimée et remplacée par une épreuve de dissection extemporanée. L'épreuve d'histologie et les autres épreuves sont maintenues telles quelles.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 5 *au* 11 *février* 1888. — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 13. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 52. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56.

Méningite, 38. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 55. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 16. — Maladies organiques du cœur, 69.

Bronchite aiguë et chronique, 86. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 119.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 49.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 5.

Débilité congénitale, 39. — Sénilité, 40. — Suicides et autres morts violentes, 23. — Autres causes de mort, 187. — Causes inconnues, 9.

Nombre absolu de la semaine : 1181. — Résultat de la semaine précédente : 1187.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 22 Mardi 21 Février 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 22 Mardi 21 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Des propriétés antiseptiques du naphtol-α (1),

Par M. J. Maximovitch.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie les résultats d'expériences que j'ai poursuivies au laboratoire de M. le professeur Bouchard.

Le naphtol-α est insoluble dans l'eau froide ; il se dissout dans l'eau chaude à 70° à la dose de 0,4 pour 1000. La solution de naphtol dans l'eau chaude se colore en violet. On peut en dissoudre 10 gr. dans 1 litre d'eau alcoolisée contenant 400 c. c. d'alcool absolu. J'ai étudié sa valeur antiseptique en cultivant quatorze microbes différents, comparativement, dans des milieux nutritifs additionnés de naphtol-α en proportions variées, et en déterminant la proportion de naphtol qui retarde, entrave ou empêche le développement de chaque microbe.

Les doses de naphtol-α varient un peu suivant les substances nutritives employées. Pour les liquides, comme les bouillons ordinaires, le naphtol-α à la dose de 0 gr. 10 pour 1000 empêche complètement le développement des microbes de la morve, de la mammite des brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie, de deux organismes de la suppuration, le *Staphylococcus albus* et le *Staphylococcus aureus*, du microbe du clou de Biskra, du *Tetragenus*, des bacilles de la fièvre typhoïde et de la diphtérie des pigeons.

A la dose de 0,06 à 0,08 pour 1000, le naphtol-α retarde beaucoup (3 à 8 jours) le développement des mêmes microbes et, dans quelques cas, l'empêche complètement; c'est au moins ce qui se passe

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. Bouchard.

pour le charbon bactéridien, la fièvre typhoïde et les deux *Staphylococcus* de la suppuration.

Pour les substances nutritives solides, il existe une différence entre la gélatine et l'agar. Tandis que, pour empêcher complètement le développement des microbes dans la gélatine, les doses du naphtol-α sont presque les mêmes que pour le bouillon, il faut dans l'agar 0,12 à 0,15 pour 1000 pour l'organisme de la fièvre typhoïde, 0,16 à 0,20 pour 1000 pour ceux de la mammite des brebis et du clou de Biskra. Pour les autres microbes, les doses sont semblables à celles que j'ai indiquées pour le bouillon.

A la dose de 0,20 à 0,25 pour 1000, le naphtol-α empêche complètement la germination du bacille de la tuberculose; à la dose de 0,10, il l'entrave. A la dose de 0,20 pour le bouillon et de 0,35 à 0,40 pour les milieux solides, le naphtol-α empêche complètement le développement du bacille de la pyocyanine et du bacille chromogène que MM. Charrin et Roger ont trouvé dans l'intestin du lapin.

L'urine agitée avec le naphtol-α, en solution alcoolique ou en poudre, ne fermente pas. La matière fécale humaine ne fait apparaître qu'un léger louche dans les bouillons additionnés de 0,10 à 0,12 pour 1000.

Le naphtol-α introduit dans l'organisme est moins toxique qne le naphtol-β. Pour provoquer la mort, il faut faire ingérer à un lapin 9 gr. par kilogramme, c'est-à-dire qu'il est près de 3 fois moins toxique que le naphtol-β et près de 700 fois moins toxique que le biiodure de mercure.

D'après ce qui précède, la dose de naphtol-α nécessaire pour intoxiquer un homme de 65 kilogr. serait de 585 gr.

Introduits sous la peau en solution alcoolique saturée, 2 gr. à 2 gr. 5 de naphtol-α produisent quelquefois l'albuminurie; la mort résulte de l'injection de 3 gr. 5 à 4 gr. par kilogramme d'animal.

Pour introduire le naphtol-α par les veines, je l'ai dissous dans de l'eau alcoolisée dans les proportions suivantes : 1 gr. de naphtol-α pour 35 c. c. d'alcool à 96° et de l'eau en quantité suffisante pour faire 100 c. c. Cette solution, injectée dans la veine marginale de l'oreille du lapin, a été mortelle à la dose de 0 gr. 13 par kilogramme ; les secousses musculaires ont commencé à apparaître à 0,07 et 0,08. On ne peut pas attribuer la mort de l'animal à l'alcool, car le mélange d'eau et d'alcool qui m'a servi d'excipient n'est toxique qu'à la dose de 25 c. c. à 26 c. c. par kilogramme, et j'en avais injecté seulement 13 c. c. dans l'expérience où le naphtol s'était montré toxique.

Une solution saturée de naphtol-α dans l'alcool à 96°, en telles proportions que l'action toxique ne puisse être imputable à l'alcool,

introduite dans l'estomac à l'aide d'une sonde, produit la mort chez les lapins à la dose de 3 gr. 5 par kilogramme.

Contrairement à ce qui a lieu pour le naphtol-β, j'ai constaté que la toxicité du naphtol-α ne varie pas lorsqu'on introduit cette substance par le système porte.

Si l'on compare les résultats que j'ai indiqués à ceux qu'a obtenus M. Bouchard pour le naphtol-β, on voit que ce dernier corps, par sa toxicité plus grande et ses propriétés antiseptiques plus faibles, est inférieur au naphtol-α (1).

A propos de l'épilepsie vermineuse (2),

Par M. Gilbert Ballet,
Médecin des hôpitaux.

A l'une des précédentes séances de la Société, j'ai été amené par une observation de M. le professeur Bouchard à parler incidemment de l'épilepsie dite vermineuse, telle qu'on l'observe quelquefois chez les adolescents ou les adultes atteints de tænia. On se rappelle peut-être l'opinion à laquelle je me suis rattaché, à savoir : que les vers ou le tœnia jouent simplement le rôle de cause occasionnelle, au même titre que les impressions morales, chez des individus prédisposés et en imminence constante d'accidents épileptiques. Aux deux faits que j'ai brièvement signalés à l'appui de ma manière de voir, je me propose d'en joindre un nouveau que je viens d'observer récemment.

Il s'agit d'une jeune personne qui, à l'âge de onze ans, eut coup sur coup, dans l'espace de cinq jours, quatre accès épileptiformes. Après les deux premiers accès, on constata que cette jeune fille était affectée de lombrics. Des vermifuges furent administrés, les accidents cessèrent et il n'en fut plus question. Si l'on s'était contenté de suivre la malade jusqu'à l'âge de vingt ans, on eût été en droit, semble-t-il, de rapporter les accidents éprouvés à l'action des lombrics et des lombrics seuls. En effet, l'absence de tout antécédents nerveux, comme héréditaire ou personnel, le peu de durée des accidents, leur cessation en apparence définitive après l'administration des vermifuges, sont autant d'arguments qui permettraient de ranger l'observation en question parmi celles qui paraissent militer de la façon la plus décisive en faveur de l'épilepsie vermineuse.

(1) Bouchard. Sur le naphtol comme médicament antiseptique. (*France médicale*, 1887, p. 1607).

(2) Communication à la Société clinique de Paris.

Mais, à l'âge de vingt-quatre ans, un nouvel incident se produisit. La personne dont il s'agit était alors infirmière à l'hôpital de Meaux : un jour où elle devait aller à la salle des morts, une de ses compagnes se dissimula dans un linceul et la saisit violemment par le bras, au moment où elle passait près du cadavre supposé. De là grande frayeur, on le conçoit, et quelques heures après attaque épileptique. Depuis cette époque, la malade présente des manifestations non équivoques du mal comitial (vertiges et accès) dont nous avons été à diverses reprises les témoins.

Ainsi chez cette jeune fille, deux causes d'ordre fort différent, des vers à l'âge de onze ans, une émotion morale vive à l'âge de vingt-quatre, ont abouti au même effet : la crise comitiale. N'est-il pas évident que, dans ce cas, ces causes ont été purement occasionnelles, et que la raison d'être des accidents nerveux doit être cherchée dans une prédisposition personnelle dont l'origine nous échappe?

La personne en question était, pour nous, de longue date, une épileptique en puissance. Il a fallu, pour que les manifestations comitiales apparussent, l'intervention d'éléments adjuvants. Mais ne voit-on pas que le rôle de ces éléments est accessoire et tout secondaire, accessoire et secondaire celui des vers, comme celui de la frayeur? En présence de faits analogues à celui-ci et à ceux que j'ai incidemment rappelés ici, il y a quelques jours, je me crois en droit d'avancer que la question de l'épilepsie vermineuse est à reprendre, et, quant à moi, je suis certain que bon nombre de faits (peut-être tous) rangés sous cette dénomination relèvent du mal comitial le plus légitime.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Diagnostic et pronostic du cancer. *R. Virchow.* (*Virchow Archiv.* — *Deutsche Med. Zeit.*, n° 7. 1888.) — Le professeur Virchow a cherché à déterminer dans ce travail, un peu d'actualité, l'importance relative des données fournies au diagnostic du cancer par l'anatomie et la clinique. Depuis qu'on a montré que le caractère malin n'est pas l'apanage d'une seule espèce de tumeur, qu'il y a des cancers qui restent locaux pendant des années, tandis que d'autres tumeurs, comme l'enchondrome et le myxome, peuvent donner lieu à des métastases, on a cessé d'accorder une valeur diagnostique à la marche seule du néoplasme. En 1849, Virchow attribua une dénomination spéciale et en rapport avec la structure d'une tumeur la malignité conservant des degrés suivant les espèces de tumeurs.

Le diagnostic devait reposer avant tout sur l'examen histologique de la tumeur. Ces caractères histologiques peuvent se déduire des caractères extérieurs. Mais, dans les cas douteux, il faut avoir recours à un examen plus précis. Virchow a fait voir que le cancer est composé d'alvéoles qui sont remplies de cellules épithélioïdes. Mais il n'y a de caractéristique que les alvéoles fermées et remplies d'épithélium (ce qui fait du cancer une glande sans canal excréteur), dans une région où ces cellules n'existent pas normalement. La difficulté est tout autre lorsque la tumeur apparaît sur une surface, car celle-ci peut être envahie par des productions qui ne sont pas de nature cancéreuse bien que renfermant des cellules épithéliales. Le véritable cancer se développe à l'intérieur des tissus affectés : aussi Virchow a-t-il prescrit de ne pas se contenter de l'examen des surfaces, mais de diriger surtout son attention sur la base des tumeurs superficielles.

Dans les cancers papillaires, le néoplasme siège près de la surface, parfois dans les papilles elles-mêmes, tandis que, lorsque les cancers profonds se font jour, la surface est en général lisse ou indemne au début. La notion de la spécificité de la cellule cancéreuse, née presque au début de l'observation microscopique, a d'abord créé une distinction entre le cancroïde et le cancer, le premier étant regardé comme une production bénigne ; mais il est démontré aujourd'hui que le cancroïde, celui des lèvres notamment, est susceptible de se généraliser. En 1851, Virchow a décrit des tumeurs mixtes qui ont une structure différente suivant leurs parties, ce qui peut égarer le diagnostic et, partant, le pronostic, si l'examen ne porte que sur un point. Les cancers villeux, papillaires et en choux-fleurs superficiels sont des tumeurs mixtes constituées par une hyperplasie locale des éléments préexistants. En l'absence de symptômes caractéristiques, tant qu'il n'y a ni ulcération ni métastase, les cliniciens accordent justement une grande valeur à l'examen des ganglions lymphatiques. Mais l'engorgement ganglionnaire n'est pas un signe constant. L'excision exploratrice peut fournir des renseignements qui ne sont pas à l'abri de toute cause d'erreur lorsque, par exemple, deux tumeurs de nature différente sont situées l'une à côté de l'autre ; il peut arriver ainsi qu'à côté des tumeurs syphilitiques du larynx on trouve des hyperplasies papillaires voisines qui ressemblent à des tumeurs papillaires indépendantes. Virchow insiste sur ce point que, dans le cancer vrai du larynx, on n'a pas vu se développer à côté de lui ou dans son voisinage des condylomes qu'on aurait pu regarder comme des productions locales bénignes.

L'existence d'un bacille cancéreux serait très importante à connaître pour le diagnostic et le pronostic, mais les recherches faites à cet égard n'ont encore rien de démonstratif. On est obligé de rap-

porter tous les phénomènes de l'évolution du cancer à la propagation des cellules cancéreuses, ce qui est admissible car les cellules animales possèdent aussi bien que les bactéries la faculté d'agir sur la nutrition. Dans ces dernières années, on a tenté d'utiliser pour le diagnostic l'accroissement de la quantité du sucre du sang et la diminution de l'urée dans l'urine.

Le développement du cancer ne se fait pas d'une façon excentrique par l'accroissement du foyer primitif, mais par la production à une certaine distance de foyers accessoires qui se réunissent au foyer primitif; c'est la distance seule qui distingue les foyers accessoires des foyers métastatiques. Le cancer du foie est un exemple de ce mode d'accroissement : le centre du foyer primitif subit des métamorphoses régressives tandis qu'il se produit de nouveaux foyers périphériques. Pour pouvoir amener une guérison définitive, il faudrait atteindre le foyer principal et les foyers accessoires. Virchow pense cependant que la guérison spontanée du cancer est possible, en s'appuyant sur l'existence d'un processus cicatriciel dans le cancer hépatique, processus amené par la dégénérescence graisseuse des cellules au centre de la tumeur. La formation des foyers accessoires est l'obstacle à la guérison, mais le cancer lui-même n'est pas une tumeur permanente et ses cellules ont une vitalité très limitée. Aussi tout cancéreux peut-il être, d'après Virchow, un champ d'étude pour les moyens thérapeutiques dignes d'être employés; l'auteur rappelle que John Clay a vanté la térébenthine de Chio et que Nussbaum a pensé arrêter les progrès de la tumeur en détruisant sa vitalité au moyen de profondes incisions faites avec le thermo-cautère.

PRÉSENCE DE L'ACIDE LACTIQUE DANS LE SANG. (*Berlinerblau Deutsche, Med. Zeit.* n° 7. 1888). L'auteur, après avoir constaté, comme Gaglio, la présence de l'acide lactique dans le sang, a institué dans le laboratoire de Nencki des expériences relatives à l'origine de cet acide dans l'organisme. La méthode consistait à faire traverser certaines régions de l'animal par du sang préalablement chargé de substances qu'on pouvait présumer être les sources de cet acide. L'irrigation sanguine simple dans le train postérieur de l'animal produit une augmentation de 50 p. 100 dans l'acide lactique contenu dans le sang. L'injection d'une solution de sel marin, mais surtout l'injection d'un sang chargé de glycogène produit une augmentation considérable. Dans ce dernier cas, une partie du glycogène se transforme d'abord en dextrose puis en acide lactique. Naturellement le sang glycogéné qui a servi à l'injection renferme une forte proportion de sucre ; enfin, si le sang est chargé de glycose seulement, l'augmentation d'acide lactique atteint une proportion de 52 p. 100

Ces expériences semblent indiquer que les hydrates de carbone des tissus, mais surtout le glycogène, sont les sources de l'acide lactique contenu dans le sang.

Rapport entre la scarlatine et une maladie observée sur des vaches a Hendon, recherches du professeur E. *Crookshank.* (*British Med. Journal*, 31 *Déc.* 1887, 21 *Janvier*, 1888.)—En 1887, M. Power a publié une série d'observations relatives à une épidémie de scarlatine qui éclata à Londres, dans une ferme, à Hendon. En examinant les vaches, on les trouva atteintes d'ulcérations aux tétines. M. Power attribua l'épidémie à une infection produite par ces animaux, d'autant plus que les lésions trouvées dans les poumons, le foie, les reins et la rate étaient très analogues à celles que l'on observe dans la scarlatine chez l'homme. M. Klein, étudiant l'affection qui sévissait sur les animaux, reconnut que le pus des ulcérations des pis est inoculable et développe des ulcérations semblables au point inoculé ; il isola en outre un streptococcus dont la présence était constante chez les animaux affectés. L'examen du sang chez les individus atteints de fièvre scarlatine démontra l'existence du même organisme cinq fois sur onze ; ce dernier n'apparaissait toutefois qu'au quatrième jour de la maladie ; il rappelait enfin la forme de celui qu'on avait trouvé dans l'épidémie de Hendon. En poursuivant ses expériences sur les animaux avec les microbes provenant de ces deux sources, le Dr Klein aboutit à des résultats identiques et en conclut à l'identité du microorganisme. L'inoculation du microbe de la scarlatine sur les vaches reproduit les ulcérations locales observées à Hendon. Enfin le micrococcus a été retrouvé dans du lait condensé que le Dr Corfield avait accusé d'avoir produit une épidémie de scarlatine, et dans le sang, chez un singe mort de cette maladie. Tels sont les points qui ont conduit le Dr Klein à établir que ce streptococcus est la cause de la scarlatine humaine et que les vaches peuvent être affectées par la même maladie ; le lait des vaches malades peut ainsi devenir l'origine d'une épidémie de scarlatine.

Depuis ces dernières observations, M. Crookshank a eu l'occasion d'étudier sur un troupeau de vaches les mêmes phénomènes observés par M. Klein. Les pustules des tétines se transmettaient aux gens qui trayaient les vaches, mais, à l'inverse de ce qu'il attendait d'après ce qui s'était passé à Hendon, le lait distribué à une nombreuse population ne donna lieu à aucun cas de scarlatine, et cependant il s'agissait bien, d'après M. Crookshauk, d'une maladie identique dans les deux cas. Aussi, après des recherches, ce dernier auteur a-t-il formulé les conclusions suivantes : La nature du contage de la scarlatine est encore inconnue. Le micrococque regardé comme tel par le Dr Klein est le streptococcus pyogenes, qu'on trouve associé au

streptococcus pyogenes aureus dans les complications de la scarlatine et dans d'autres maladies. L'identité des deux organismes a été établie en 1885 par Frankel et Freudenberg. Les maladies observées sur les vaches à Wiltshire et à Hendon étaient regardées comme le cowpox par les gens de la ferme et les ulcérations des tétines rappelaient de tout point les apparences de cette dernière maladie. Les veaux inoculés avec le pus des ulcérations reproduisaient les mêmes symptômes. Enfin les résultats nécropsiques étaient les mêmes, que l'inoculation fût faite avec le pus du cowpox ou le streptococcus trouvé dans la scarlatine ; dans les deux cas, on observe les lésions de la septicémie, car il n'y a pas de lésions viscérales spécifiques dans le cowpox, à part les complications ou les coïncidences.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 22 décembre 1887. — Présidence de M. BOUCHARD.

M. *Berbez* lit une note sur l'épilepsie à aura intestinal (*V. France médicale*, n° 1, p. 1).

M. *Ballet* fait une communication sur l'épilepsie vermineuse. (Voir plus haut p. 255.)

M. *Bouchard.* Mon opinion sur la question de l'épilepsie vermineuse diffère par quelques nuances de celle de M. Ballet. Je la résumerai en disant que, chez les individus chez lesquels on voit survenir de grandes crises épileptiques à l'occasion d'un tænia, il y a à tenir compte non seulement de la cause périphérique, mais encore d'une prédisposition nerveuse héréditaire ou acquise. Il y a des états de nervosisme qui sont constitutionnels, il y en a d'autres qui sont acquis. La fatigue et l'inaction, par exemple, peuvent créer un état de nervosisme. Chez un négociant de 54 ans, porteur d'un tænia, j'ai observé une attaque d'épilepsie qui ne s'est pas reproduite après l'expulsion du parasite. Cet homme était resté dans son magasin jusqu'une heure de l'après-midi, moment auquel l'attaque nerveuse s'est produite ; il s'était fatigué, n'avait pris aucune nourriture et semblait avoir ainsi placé son système nerveux dans des conditions anormales d'excitabilité. A coup sûr, l'on n'est pas en droit de dire de cet homme que c'est un épileptique.

M. *Ballet.* Il y a là autre chose qu'une question doctrinale : il y a une question de pratique. Selon moi, il ne faut point dire des épilepsies vermineuses, avec les auteurs classiques, que la cause une fois disparue, l'effet disparaît également. Il subsiste une prédisposition qui

nécessite de grandes réserves pour l'avenir et une surveillance spéciale.

M. *Rendu*. De ce qu'un individu a eu un accès épileptique à l'occasion de vers intestinaux, l'on n'en peut conclure qu'il aura de nouvelles attaques. J'ai un jour été appelé auprès d'un enfant d'un de mes amis qui venait d'être pris d'une attaque épileptique.

Cet enfant n'avait jamais eu de convulsions ; il n'avait pas d'antécédents névropathiques. Je lui ai découvert des oxyures et je l'en ai débarrassé. Ceci se passait il y a huit ans, et depuis cette époque l'enfant n'a jamais eu d'accès épileptiques.

M. *Gilbert*. Je ferai remarquer à M. Rendu que M. Ballet a mis les enfants hors de cause.

M. *Dupré* lit une *observation de gangrène de l'appendice iléo-cæcal*. (*V. France médicale*, n° 3, p. 25.)

Les secrétaires des séances,
A. GILBERT, M. LERRETON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 26 *décembre* 1887. — *Présidence de* M. REUSS.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance, on procède au renouvellement du bureau pour l'année 1888.

M. *Percheron* est nommé président à l'unanimité des membres présents.

MM. *Philbert* et *Schwartz* sont également nommés à l'unanimité vice-présidents.

MM. *Veilleau* et *Réal* sont nommés secrétaires des séances.

M. *Machelard* est maintenu par acclamation et avec remercîments dans ses fonctions de trésorier de la Société.

Sont élus : censeurs, MM. *Bonnefin* et *Pruvost* ; membres du conseil de famille, MM. *Muselier*, *Foucart*, *Moutard-Martin*, *Porack* et *Reuss*.

La correspondance comprend deux demandes d'admission comme membre de la Société : celle de M. le Dr Bernard, présenté par M. le Dr Dromain, et celle de M. le Dr Kalt, présenté par M. Veilleau.

M. *Philbert* fait hommage à la Société d'une traduction en langue italienne, par M. le Dr Casati, de son travail intitulé : Étude sur les eaux thermales de Brides-les-Bains, et propose de fixer le jour du banquet annuel de la Société.

Le banquet est fixé au 21 janvier.

M. *Lebec* communique à la Société le résumé d'une opération de

résection orthopédique qu'il a faite récemment pour un second orteil atteint de la déformation dite en marteau et qui rend la marche impossible. M. Lebec, après avoir fait une incision sur le milieu de la face dorsale de l'orteil, a réséqué la première et la seconde phalange, il s'est servi de crins de Florence pour drainage, et a appliqué par dessus le pansement iodoformé. La guérison a été obtenue au bout de huit à neuf jours, et l'opération a donné des résultats satisfaisants.

M. *Schwartz* a fait, il y a seize mois environ, à l'hôpital Beaujon, une semblable opération. Il s'agissait d'une déformation excessive; l'orteil était comme enroulé ; le malade portait d'ailleurs symétriquement la même lésion aux deux pieds. Après la section des téguments et la résection des extrémités phalangiennes, M. Schwartz a fait alors la suture osseuse au catgut. Il n'a eu qu'un léger point de suppuration. Il a revu le malade au bout d'un an, et a constaté un excellent résultat.

M. Schwartz a eu également à traiter un jeune garçon atteint de déformation des orteils. Deux orteils recourbés en marteau se croisaient en forme d'X. Comme il s'agissait là d'un premier degré de déformation, il a conseillé de faire porter une semelle en liège munie de compartiments semblables à ceux qui sont placés dans les trousses et destinés à loger les instruments.

Au bout de deux ans la guérison a été obtenue.

Il pense donc, en ce qui concerne l'orteil en marteau, qu'on peut, dans un premier degré, avoir recours à l'orthopédie pure, et dans le second recourir à la résection.

M. *Lebec* demande à M. Schwartz s'il pense que la suture osseuse soit nécessaire.

M. *Schwartz* dit que la suture osseuse est nécessaire lorsqu'il y a rétraction fibreuse à la face plantaire de l'orteil. Il ne fait d'ailleurs aucune difficulté de reconnaître qu'il s'agit là d'une manœuvre opératoire très délicate.

M. *Machelard* a vu une résection orthopédique de l'orteil faite par M. Terrier, et les résultats ont été très satisfaisants.

M. *Schwartz* fait ensuite une communication sur la suture tendineuse.

Un jeune homme se présente à l'hôpital Beaujon avec une section du tendon extenseur de l'index et une perte de substance de deux centimètres environ.

La plaie étant alors en pleine suppuration, on se contenta de la panser en ajournant toute intervention jusqu'après la guérison, qui eut lieu trois semaines après.

La perte de mouvement étant complète, M. Schwartz pensa alors à faire la tenoraphie.

La section de la face dorsale du métacarpe étant faite, M. Schwartz éprouva une grande difficulté à trouver le bout supérieur, qui était très éloigné, et fut dans l'impossibilité d'affronter les deux extrémités tendineuses.

Il imagina alors d'employer le procédé suivant : il tailla sur le bout du tendon supérieur, à une certaine distance, une sorte de lamelle de substance tendineuse qu'il fit, par un mouvement de bascule, marcher à la rencontre du bout inférieur. L'affrontement fait, il sutura au catgut, et la réunion se fit par première intention. Le malade a été revu il y a quinze jours environ. Le résultat est excellent.

Il importe dans ce procédé d'avoir le coup d'œil juste pour éviter de faire un tendon trop long.

M. *Verchère* a vu, dans un cas de section tendineuse, qu'on pouvait gagner quelques centimètres en exerçant une pression sur le corps charnu du muscle.

A dix heures la séance est levée.

Le secrétaire des séances,
Dr VEILLEAU.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil s'est occupé des difficultés et des inconvénients que peut présenter le remplacement momentané, souvent tout à fait imprévu, des titulaires des chaires *spéciales* par les agrégés qui, dans l'organisation actuelle, ne sont nullement tenus de s'être spécialisés à l'avance. Une commission a été nommée en vue d'étudier un système qui permettrait de combler cette lacune et d'avoir, en cas de besoin, des agrégés déjà préparés à tel ou tel enseignement *spécial*, au plus grand profit des élèves. Cette commission se compose de MM. Brouardel, Le Fort, Jaccoud, Grancher, Damaschino.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — Par arrêté ministériel, en date du 27 janvier 1888, un concours s'ouvrira le 1er août 1888, à la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

LES FACULTÉS DE LYON. — Il y a quelques semaines, des professeurs appartenant aux quatre Facultés lyonnaises se sont réunis et ont projeté l'établissement d'un organe périodique, qui réunirait les travaux de l'Université lyonnaise tout entière. Ce projet, présenté à l'assemblée des professeurs de toutes les Facultés, a reçu leur approbation et est entré en voie d'exécution.

Le *Bulletin des Facultés de l'Université lyonnaise* sera rédigé par un comité de seize membres, quatre par Faculté. Il paraîtra périodiquement et, au début, chaque trimestre. Il contiendra une analyse des travaux des professeurs et de leurs élèves, de tout ce qu'auront produit les thèses, les laboratoires, les cliniques, etc. Pour bien établir la fusion, les matériaux seront classés, non pas d'après la Faculté dont ils émanent, mais d'après leur nature. Un travail de chimie sera placé au chapitre « chimie, » que son auteur appartienne aux sciences ou à la médecine; certaines questions médico-légales seront inscrites au chapitre du droit.

En fondant cet organe, l'Université lyonnaise a eu pour but de montrer à tous quelle somme de travail représente son action, quel rôle elle joue dans la vie intellectuelle du pays. Elle espère aussi que beaucoup de ses œuvres, systématiquement oubliées quand elle les confie aux académies, aux journaux de la capitale, ne pourront passer inaperçues quand elles seront indiquées et analysées dans un recueil dont l'importance, la notoriété, le caractère presque officiel, s'imposeront à l'attention et au souvenir. (*Province médicale*).

La société clinique de Paris. — La Société clinique de Paris se réunit le jeudi 23 février, à 8 heures 1/2, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour. — 1° M. Girode : Sur un cas de chancre extra-génital.

2° M. Besançon : Ectasie de l'aorte et de la sous-clavière gauche. Compression des filets radiculaires inférieurs du plexus brachial.

3° M. Iscovesco : Deux cas d'empoisonnement par l'iodoforme.

4° MM. Damaschino et Martha : Deux cas d'ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde.

5° M. Balzer : Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique.

6° Communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Encyclopédie internationale de chirurgie. — **Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme**, par les docteurs G. Bouilly, S. Duplay, L. Picqué, Ed. Schwartz, P. Segond, L. Poisson, A. Pousson, R. Harrison. — Paris, 1888, 1 vol. grand in-8° de 908 pages avec 322 figures. Prix : 17 fr. 50.

Recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale, par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 380 pages (3e édit.), 5 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

[illegible]-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 23 JEUDI 23 FÉVRIER 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et [illegible]
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE .... [illegible] fr.
UNION POSTALE... [illegible] fr.
PAYS D'OUTRE-MER [illegible] fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.


Le Véritable Emplâtre
à la RÉSINE PURE DE THAPSIA
de REBOULLEAU, préparé par LE PERDRIEL
est sparadrapé sur toile de couleur chamois. Chaque décimètre carré est entouré d'une division centésimale noire (propriété de l'auteur), et porte en diagonale les Signatures :
Ch Le Perdriel Reboulleau


Échantillons francs aux Médecins
DRAGÉES DEMAZIÈRE
A BASE DE
CASCARA SAGRADA
DOSÉES A 125 MILLIGRAMMES
Le SPÉCIFIQUE de la CONSTIPATION
Ph^ie G. Demazière
71, av. de Villiers
PARIS


DRAGÉES
QUINOIDINE DURIEZ
Puissant tonique. - Très efficace contre les résidus des fièvres intermittentes.
Dix centigr. de Quinoïdine par Dragée. — Fl. de 100 ; 4 fr.
Fl. de 20 : 1 fr. — PARIS, 20, Place des Vosges, et toutes Ph^ies.

35e Année. — Tome I. N° 23 Jeudi 23 Février 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 22 février 1888.

L'Académie de médecine a repris hier la discussion du rapport de M. Fournier sur la prophylaxie de la syphilis. La majeure partie de la séance a été remplie par un important et très judicieux discours de M. Le Fort, montrant la complète impuissance de la Préfecture de police, l'arbitraire dont elle use d'autre part constamment et les sources très précaires des pouvoirs qu'elle prétend assumer. M. Le Fort, qui a beaucoup étudié la question, a cité à ce sujet quelques faits typiques ; il a fait en somme le procès en règle de la Préfecture de police et les applaudissements qui ont accueilli son discours montrent que ces idées auront un certain retentissement dans l'Académie comme elles en ont depuis longtemps déjà dans le public.

MM. Brouardel et Dujardin-Beaumetz ont défendu l'état de choses actuel. Le premier surtout a vivement critiqué les modifications que voulait introduire la commission.

M. Le Fort terminera son discours dans la prochaine séance ; un certain nombre d'orateurs sont déjà inscrits pour prendre la parole après lui.

Au début de cette séance, M. le professeur G. Sée s'était plaint des comptes rendus que certains journaux politiques font des séances de l'Académie de médecine. Plusieurs d'entre eux ont représenté l'antipyrine comme un médicament fort dangereux, dont l'administration était au moins très imprudente. Il y a là un abus contre lequel l'honorable professeur a cru devoir protester.

M. Hardy a cependant vu, quelques minutes avant la séance, un malade atteint d'un érythème scarlatiniforme pénible et tenace à la suite de l'administration de l'antipyrine. Il a vu de même un malade mourir brusquement et devenir rapidement violacé et très froid après l'administration d'un gramme d'acétanilide. Il croit donc devoir mettre en garde contre l'usage parfois inconsidéré que l'on fait de médicaments dont l'action physiologique est encore mal connue.

A. Ch.

Dystocie par excès de volume de la tête et ossification des fontanelles. Céphalotripsie. Péritonite partielle. Guérison,

Par le Dr Despeyroux (de Nérac).

Le vendredi 6 janvier 1888, vers sept heures du soir, je fus appelé à Nérac auprès de la nommée Madeleine J.....

Cette femme, très bien conformée, multipare, à terme d'une grossesse qui n'avait rien présenté d'anormal, sauf un volume excessif du ventre, était anxieuse et abattue, en proie à un sentiment de crainte et d'inquiétude.

La poche des eaux s'était rompue dans la nuit; les douleurs, ralenties dès le matin, avaient complètement disparu.

Je pratique le toucher et peux atteindre difficilement le col, mais, en comprimant avec ma main les parois abdominales, j'arrive à reconnaître une tête fœtale, à la délimiter très bien, tout en constatant à la place des fontanelles une induration particulière.

La dilatation était complète.

La palpation du ventre ne me fournit aucun signe anormal et l'auscultation me permit d'entendre les bruits du cœur très affaiblis.

Préalablement à toute manœuvre, je fais vider la vessie et l'intestin ; j'engage la malade à se lever, à faire quelques tours dans la chambre, et ordonne de lui faire prendre quelques cuillerées de bouillon, même de l'armagnac, après quoi je pratique un nouvel examen.

Aucun changement, la tête n'avait pas progressé, elle était toujours enclavée dans le détroit supérieur. Cette première tentative fut négative, et bientôt suivie d'une seconde, d'une troisième, qui eurent le même insuccès.

Les contractions utérines et le forceps impuissants à produire l'engagement de l'extrémité fœtale et son expulsion, à défaut d'un rétrécissement du bassin, pouvait-on trouver l'explication de cet accouchement impossible ailleurs que dans un excès de volume de la tête ?

La malade était à bout de patience, je me décide à faire l'embryotomie par la céphalotripsie. Me conformant aux préceptes de mon très distingué maître, M. le professeur Pajot, j'écrase le crâne dans une première séance.

La jeune femme prend un peu de repos, après lequel deux nouvelles séances me suffirent pour faire quelques tractions et amener la tête à la vulve.

L'accouchement se termina rapidement, mais l'expulsion tardive du placenta, accompagnée d'une inertie complète, m'obligea de faire la délivrance artificielle qui eut lieu sans hémorrhagie.

J'avais laissé ma malade assez calme et je me retirais après avoir fait part au mari de mes appréhensions. Vers quatre heures du matin il vint me chercher en toute hâte en me disant que sa femme mourait.

Je me rendis aussitôt auprès d'elle, je la trouvais haletante, complètement refroidie, la face couverte de sueur, lèvres cyanosées, claquements des dents, frissons répétés, pouls filiforme, irrégulier et très fréquent.

L'utérus était parfaitement rétracté, pas la moindre hémorrhagie ; j'ordonne des frictions stimulantes sur tout le corps et fais réchauffer ma malade par tous les moyens.

Sulfate de quinine, potion alcoolisée à l'extrait de quinquina, aconit, frictions mercurielles belladonées, cataplasmes laudanisés, tels furent les moyens employés pour combattre ce nouvel état.

La journée fut relativement bonne, les injections au sublimé furent continuées régulièrement trois fois par jour, et l'amélioration s'accentua pendant toute la semaine.

Ce ne fut que le dixième jour, presque subitement, sans que rien pût le faire prévoir, qu'un violent frisson éclata avec élévation du pouls et de la température (pulsation 140, température 40°4), bientôt suivi de hoquet et de vomissements non bilieux mais alimentaires.

Le ventre était ballonné, surtout à droite, sensibilité très grande du même côté.

Application de quinze sangsues, suivie d'un traitement approprié. Mes craintes étaient grandes, évidemment j'avais à faire à une péritonite partielle qui, heureusement, s'est terminée par la résolution.

Aujourd'hui, trentième jour de l'accouchement, la malade a repris son sommeil, elle s'alimente, et tout irait pour le mieux si une nouvelle complication n'était survenue il y a quelques jours, une phlegmatia alba dolens. Mais, j'ai hâte de le dire, l'oblitération veineuse n'a pas été complète, car, bien que le pied, la jambe et la cuisse du côté gauche aient augmenté de volume, presque aussitôt le pied et la jambe ont à peu près repris le volume normal.

Il n'y a donc plus que l'œdème de la cuisse, et la malade peut être regardée comme guérie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *février* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend 1° une lettre de M. le Dr Quinquaud, candidat dans la section de pathologie médicale, 2° un travail manus-

crit intitulé : *Memoria sobra la Eclampsia infantil tal como se presenta en Manila* (envoyé pour le concours de prix de l'hygiène de l'enfance).

M. *Constantin Paul*, présente de la part de M. *H. Faucher*, ancien interne des hôpitaux, la note suivante.

Dans la séance de l'Académie du 17 janvier 1888. M. le professeur Sée a communiqué les résultats que lui a donnés, pour la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des dyspeptiques, le réactif de Gunsburg, solution de phloroglicine vanilline.

Pour se procurer le suc gastrique, M. Sée fait ingérer au malade en expérience un blanc d'œuf dur et un verre d'eau ; 60 minutes après le repas, il extrait une portion du contenu de l'estomac et l'examine à l'aide du réactif.

Dans certains cas il note une coloration rouge, indiquant l'existence d'un acide inorganique, tandis que d'autres fois cette coloration fait défaut.

C'est avec intention que nous ne spécifions pas la nature de l'acide inorganique que M. Sée déclare être de l'acide chlorhydrique ; le réactif de Gunsburg décèle la présence d'un acide inorganique quelconque.

Nous avons repris les expériences de M. Sée ; nous ne parlerons pas aujourd'hui des résultats que nous avons obtenus dans les différentes affections de l'estomac, nous communiquerons seulement le résultat d'expériences que nous avons instituées pour contrôler la valeur du réactif employé par M. Sée. Nous avons vérifié d'abord l'extrême sensibilité du réactif : des traces d'acide sulfurique, nitrique, chlorhydrique, etc., nous ont donné la coloration rouge, tandis que des acides organiques chimiquement purs, tels que les acides lactique, tartrique, acétique, benzoïque, n'ont donné aucune réaction.

Ce point acquis, nous nous sommes procuré une série d'œufs de fraîcheur différente, et après les avoir fait durcir, nous avons prélevé sur chacun d'eux un égal poids de blanc, que nous avons trituré avec un poids donné d'eau distillée.

Nous avons recueilli séparément les liquides, et nous les avons essayés avec la phloroglycine vanilline suivant le procédé indiqué par M. Sée, en évaporant quelques gouttes du mélange sur le bord d'une capsule de porcelaine.

L'œuf du jour n'a pas donné de réaction bien nette.

L'œuf de cinq jours a donné une coloration rose.

Trois œufs d'une fraîcheur douteuse, mais encore mangeables, ont donné la coloration rouge intense. En un mot l'intensité de la réaction a été en raison inverse de la fraîcheur des œufs, ce qui s'ex-

plique par la présence d'une quantité croissante d'acide sulfhydrique.

Nous avons constaté de plus qu'une goutte d'une solution d'hydrogène sulfuré, récemment préparée à l'aide de gaz bien lavé, donnait la réaction rouge ; que les phosphates de soude, à réaction alcaline, le phosphate tribasique de chaux, le donnaient également.

Nous ajouterons que chacune de ces expériences a été répétée plusieurs fois, à plusieurs jours d'intervalle, que le réactif était chaque fois essayé seul, et ne rougissait pas ; que ces expériences ont été répétées par M. Palangié, chimiste à la Pharmacie centrale, et qu'il n'a pu se glisser, pensons-nous, aucune cause d'erreur dans nos manipulations. Nous croyons donc pouvoir conclure qu'il n'y a aucune indication à tirer de la réaction de la phloroglycine vanilline pour affirmer l'existence de l'acide chlorhydrique libre dans le produit de la digestion, si l'on emploie pour se procurer le suc gastrique le procédé indiqué par M. Sée.

M. Sée répond qu'il donne toujours des blancs d'œufs frais.

Des accidents de l'antipyrine. — M. *G. Sée* constate que la réponse qu'il a faite dans la dernière séance à la note de M. Jennings, lue par M. Ball, a été exactement reproduite par le *Bulletin de l'Académie* et par les journaux de médecine, mais il se plaint des comptes rendus de quelques journaux politiques qui ont représenté l'antipyrine comme un médicament très dangereux qu'il fallait rigoureusement s'abstenir de donner. M. Sée cite une lettre qui lui est adressée par M. Daremberg, correspondant de l'Académie à Menton, et dans laquelle ce médecin dit avoir donné l'antipyrine à un malade à la dose quotidienne de huit grammes sans aucun inconvénient.

M. *Laborde* dit qu'il faut distinguer les effets locaux et les effets généraux de l'antipyrine. L'antipyrine a une action irritante sur la muqueuse de l'estomac et sur quelques autres points de la muqueuse digestive, d'où l'indication de donner autant que possible ce médicament au moment des repas. Il faut en outre insister sur la nécessité d'obtenir des médicaments chimiquement purs. A notre époque de falsification universelle, les produits d'origine étrangère sont surtout sujets à caution. M. Laborde rappelle à ce sujet l'histoire du sulfate de quinine, de la digitaline, et de quelques autres médicaments. Pour avoir un médicament très pur, M. Laborde a fait préparer de l'antipyrine ou plutôt de la diméthyloxyquinizine.

Cette préparation d'ailleurs n'a pas été sans danger pour les chimistes qui s'en occupaient : la préparation de l'antipyrine provoquait le développement de nombreux gaz, parmi lesquels dominait le sulfure de carbone.

M. *Hardy* a vu tout à l'heure chez lui un homme de 30 ans, atteint d'érythème scarlatiniforme à la suite de l'administration de l'antipy-

rine. Contrairement à ce qu'on a dit ici, cet accident n'a été ni léger, ni passager, car cet érythème empêche le malade de dormir, et il dure depuis douze jours; il n'est pas en décroissance, au contraire.

M. Hardy cite plusieurs autres accidents causés par le même médicament : vague dans la tête, amnésie, etc.; ces accidents ne doivent pas empêcher de recourir à l'antipyrine, mais ils doivent rendre plus circonspect dans son administration. L'antipyrine n'est pas un médicament aussi merveilleux qu'on l'a dit.

M. Hardy se plaint que les pharmaciens délivrent de l'antipyrine sans ordonnance et sur la simple demande des malades, alors qu'ils refusent généralement de donner quelques gouttes de laudanum sans ordonnance d'un médecin. Il demande qu'on les rappelle au respect de la légalité.

M. Hardy se défie de même de l'acétanilide; il a vu un malade mourir brusquement à la suite de l'administration d'un gramme d'acétanilide. Trois quarts d'heure après la mort, le cadavre était encore violacé et déjà très raide et très froid. Il faut donc être circonspect dans l'emploi de médicaments dont on ne connaît pas encore entièrement l'action physiologique.

M. *Dujardin-Beaumetz* constate que ce cas est absolument isolé. Il ne faut pas que l'Académie reste sous l'impression d'un fait de ce genre; l'acétanilide rend d'assez grands services, en particulier dans les douleurs des ataxiques, pour qu'on ne l'élimine pas de cette façon. Un fait isolé ne prouve rien, et il faudrait savoir si chez ce malade il n'y avait pas une autre cause pouvant expliquer la mort subite.

M. *Hardy* fait observer que trois quarts d'heure après la mort le cadavre était violacé et à une température au-dessous de la normale: c'est ce qui lui a fait incriminer l'acétanilide.

M. *Brouardel* pense que, dans tous ces cas de mort subite, on devrait examiner les urines; on y trouverait souvent l'explication de ces accidents.

M. *Gariel.* La préparation de l'acétanilide entraîne parfois la production d'aniline. Il faudrait, dans tous les cas d'accidents, que le médicament fût saisi et porté au laboratoire de toxicologie pour y être analysé.

De la prophylaxie de la syphilis.—M. *Fournier* apporte à l'Académie les résultats des nouvelles délibérations de la commission. L'Académie était au fond parfaitement d'accord avec la commission; d'autre part, l'Académie entendait rester sur le terrain de la médecine et de l'hygiène, sans dépasser les limites de sa compétence. C'est sur ces considérations que la commission s'est basée pour formuler les nouveaux articles que voici :

Art. IV. L'Académie estime qu'au nom de la santé publique, les divers ordres de provocation (énumérées dans l'art. III) doivent être assimilés à un délit et réprimés comme tel.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution, soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. VI. L'inscription des filles se livrant à la prostitution ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir *un hôpital*; mais un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

Art. VIII. — Les filles inscrites, libres ou en maisons, seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

Art. IX. — En ce qui concerne la province, les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale, seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements.

Les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial.

L'article X est supprimé.

M. *Laborde* ne trouve pas que les nouvelles conclusions répondent aux desiderata de l'Académie. Le mot de délit est encore prononcé ; or l'Académie n'a nullement à intervenir dans les questions judiciaires. A l'Académie de médecine de Belgique, où il y a eu sur le même sujet une discussion mémorable, M. Théry, qui a eu dans cette discussion une influence prépondérante, a commencé par dire que la prostitution n'était pas un délit.

M. Laborde propose la rédaction suivante :

«L'Académie appelle l'attention de l'autorité sur le développement qu'a pris, dans ces dernières années, la provocation sur la voie publique.

Sans vouloir sortir de ces attributions compétentes, l'Académie croit devoir signaler à qui de droit l'insuffisance des mesures actuelles de réglementation de la prostitution, surtout en ce qui touche à la prostitution clandestine et à la provocation sur la voie publique, sources principales des maladies vénériennes.

Elle estime, en effet, que cette réglementation, qu'il appartient aux pouvoirs publics d'organiser en la conciliant avec tout le res

pect dû à la liberté individuelle, est nécessaire pour une application effective et efficace des mesures sanitaires qu'il y a lieu d'instituer et qui sont les suivantes (celles de la commission) : »

M. *Fournier*. M. Laborde a confondu la prostitution et la provocation. La prostitution est libre, on ne peut empêcher une fille de se prostituer ; ce qu'on peut empêcher, c'est la provocation. Il n'est pas nécessaire de définir ce mot « provocation » que tout le monde comprend fort bien.

M. *Brouardel* croit que le procédé de la commission pour diminuer la prostitution et le développement de la syphilis irait absolument contre le but. Les membres de la commission ne se sont peut-être pas suffisamment pénétrés des articles du code pour savoir ce qu'on pourrait y ajouter. Notre article III existe déjà dans le code (art. 334 du code pénal).

Une fille provoque sur la voie publique ; un sergent de ville emmène cette fille au poste.

M. *Le Fort*. Il n'en a pas le droit.

M. *Brouardel*. Je suppose que, par un moyen quelconque, il retrouve cette fille et la fasse mettre en prison. Supposons que la personne provoquée soit un des membres de la commission : lui plaira-t-il d'aller déposer comme témoin devant le tribunal et dire qu'en effet il a été provoqué. Vous restez donc devant le sergent de ville qui, étant assermenté, devra être cru sur parole. Or, c'est ce qui se passe aujourd'hui.

L'article 334 du code pénal ne fonctionne pas parce que, pour traduire devant les tribunaux les filles qui provoquent des mineurs aux alentours des lycées, il faut des sergents de ville, mais il faut aussi des témoins, ce qu'on ne trouve pas.

Les articles de loi existant actuellement dans le code sont donc suffisants, mais les juges ne peuvent condamner que sur preuves à l'appui. Ce que la commission demande, c'est que la police soit désarmée, or, ce serait le développement de la prostitution.

Il faudrait une nouvelle chambre de tribunal pour juger les nombreuses filles qui seraient traduites devant lui. Nous sommes en train d'énerver le peu de pouvoir qui restait à la police pour réprimer ces actes. Pour qui connaît les filles que l'on arrête et celles beaucoup plus nombreuses que l'on devrait arrêter et que l'on n'arrête pas, on verra qu'il y a là un danger réel.

Vous dites de plus : une fille ne sortira de l'hôpital que lorsquelle sera guérie. Vous introduisez là un nouveau délit. Or, vous ne trouverez aucune chambre de tribunal pour maintenir en prison pendant plusieurs mois un individu pour cette seule raison qu'il sera malade.

Le code pénal a jusqu'ici défini tout ce qui pouvait être défini de la

provocation; M. Brouardel demande donc que l'on remplace ces trois ou quatre articles par la seule phrase suivante : « L'Académie demande que la provocation soit surveillée et réprimée.

M. *Fournier*. La commission qui demande que les filles rentrent dans le droit commun ne pourra jamais tomber d'accord sur ce point avec M. Brouardel.

M. le Préfet de police lui-même déclarait, en 1879, devant une commission du Conseil municipal de Paris, qu'il ne verrait aucun inconvénient à ce que des textes bien coordonnés fussent substitués aux articles qui existaient déjà.

M. *Le Fort*. Nous n'avons jamais entendu considérer la prostitution comme un délit. Nous demandons qu'elle soit réglementée : or on ne réglemente pas un fait délictueux. Il ne faut pas confondre la prostitution et la provocation.

Il y a deux systèmes en présence : l'un, le système actuel, qui confie exclusivement à la préfecture de police le soin de réglementer la prostitution; l'autre, qui fait rentrer la prostitution dans le droit commun. Dans la résolution si difficile de ce problème de la prostitution, il y a trois questions. Il faut d'abord chercher autant que possible à empêcher les filles de se prostituer. Cela ne nous regarde pas.

La seconde question est celle de la répression de la prostitution. Cela encore n'est pas notre affaire.

Mais la troisième question est celle de la répression de la provocation: c'est dans le rôle de l'Académie de savoir comment la provocation peut être réprimée.

Il faut une loi pour que la provocation soit réprimée. La législation actuelle, en effet, est absolument insuffisante. Quand il était chirurgien de l'hôpital du Midi, M. Le Fort a interrogé 5.574 malades sur l'origine de leur syphilis. Il a vu que la prostitution clandestine était la source de beaucoup la plus fréquente.

Le service des mœurs est organisé à Paris par une ordonnance qui remonte à 1843. A partir du jour où une fille est arrêtée, elle devient absolument la chose de la police. En 1878, M. Albert Gigot a transmis à une commission le pouvoir dont jouissait auparavant un commissaire enquêteur d'inscrire les filles sur la liste des prostituées; mais il n'y a pas là grand'chose de changé.

Le pouvoir discrétionnaire dont jouit la préfecture de police a-t-il fait quelque chose pour améliorer l'état de la prostitution de Paris? Depuis 1872, les chiffres ont peu varié. Alors que la prostitution à Paris a pris un développement très considérable, le chiffre des filles inscrites est, depuis 30 ans, resté à peu près le même. Ce qui a varié, c'est la répartition. Le nombre des maisons de prostitution a beau-

coup baissé, c'est là un commerce qui diminue. Ces maisons ont surtout été remplacées par des brasseries à femmes.

M. *Dujardin-Beaumetz* cite les derniers chiffres montrant que, tandis que le chiffre de la population de Paris a augmenté, le nombre des filles inscrites, libres ou en maison, n'est plus que de moins de 2,000.

M. Le Fort trouve dans ces chiffres une nouvelle confirmation de ses idées.

Sur 40,000 filles qui vivent de la prostitution à Paris, il n'y en a guère que 2,000 d'inscrites. De 1861 à 1866, la préfecture de police a arrêté 13,318 filles non inscrites, dont un tiers était malade. En n'admettant pour le nombre des malades que 1 sur 10, il y a donc actuellement 4,000 filles qui promènent librement la syphilis dans Paris.

En 1875, le nombre de filles rayées provisoirement des registres de la prostitution pour disparition était de 1,305 ; il a été en 1876 de 1,324.

Il n'existe dans la loi française rien ni contre la prostitution, ni contre la provocation. Par un sentiment de pudeur qui menace d'aller jusqu'à l'hypocrisie, le code ne contient même pas le mot de prostitution. Il en était de même pour l'inceste, que l'on a bien été cependant forcé d'introduire dans le code, à cause des enfants incestueux.

M. Le Fort recherche la source des pouvoirs de la préfecture de police, et il montre que cette source est absolument précaire. Il faudrait une loi pour établir ces pouvoirs, mais la préfecture de police n'en veut pas.

La répression sur la voie publique est faite par les inspecteurs des mœurs, qui sont des agents secrets non en uniforme. Il faudrait une loi qui supprime ce pouvoir arbitraire qui soulève la réprobation publique, et il faudrait enfin que les agents des mœurs fussent en uniforme.

La police est également impuissante contre les brasseries à femmes. Elle ne pouvait que refuser l'autorisation préalable ou la retirer ensuite ; mais une loi a supprimé la nécessité de cette autorisation préalable, sauf dans le cas où le propriétaire de la brasserie est poursuivi pour outrage aux mœurs ou pour excitation de mineurs à la débauche. Pour qu'un cabaret soit fermé en vertu de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1880, il faut donc l'intervention de l'autorité judiciaire, le pouvoir administratif est absolument impuissant en pareil cas.

Il y a quelques années, à l'une des extrémités de la rue qu'habite M. Le Fort, une maison s'était remplie de prostituées qui, de leurs fenêtres vivement éclairées et toujours ouvertes, même par les temps rigoureux, provoquaient les passants, en particulier les élè-

ves sortant du lycée Condorcet. Un certain nombre d'habitants de la rue, pour faire cesser ce scandale, firent une pétition adressée au préfet de police et qui, entre autres signatures, portait celles de MM. Roger-Marvaise, avocat à la Cour d'appel et sénateur ; Bouchez, actuellement procureur général et Le Fort. Ces trois personnes allèrent trouver le Préfet de police qui déclara son impuissance absolue. M. Le Fort eut beau constituer des témoins et mettre en demeure le propriétaire de la maison, par ministère d'huissier. Cette assignation eut même ceci de piquant que l'un des témoins provoqués fut l'huissier lui-même.

Heureusement, peu de temps après, la maison se vida comme par enchantement. Ce que des jurisconsultes comme MM. Roger-Marvaise et Bouchez n'avaient pu faire, fut obtenu par un personnage politique, ami du préfet. C'était alors de l'arbitraire pur, mais M. Le Fort ne s'en plaint pas, en ayant profité.

La réglementation actuelle est donc vouée à l'impuissance.

Une autre cause qui voue la préfecture de police à l'impuissance, c'est l'autorité paternelle. Du moment qu'il n'y a pas délit, l'autorité paternelle reste entière, et c'est pour cela qu'il faudrait assimiler la provocation à un délit. Sur les 13,318 filles arrêtées dont il est parlé plus haut, plus de 7,000 ont été rendues à leur famille.

1549 femmes seulement ont été inscrites. C'est une sur 8. 2176 de ces femmes, quoique malades, ont été laissées libres de se livrer à la prostitution.

Il est d'un mauvais précédent que l'autorité donne elle-même l'exemple de la violation de la loi. Or la préfecture de police viole elle-même chaque jour l'article 334 qui punit l'excitation des mineurs à la débauche, en acceptant que, dans les maisons de tolérance soient admises des filles mineures.

Il faut donc absolument une loi parce que la préfecture de police est impuissante avec les règlements actuels. Nous ne sortons réellement pas de notre caractère lorsque nous venons dire que la provocation est un acte délictueux. Pour l'ivresse, la loi fait un délit de la récidive ; une troisième fois le malheureux ivrogne peut être privé de ses droits civils et politiques, et vous ne ferez pas pour une prostituée ce que vous faites pour un ivrogne ?

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 27 février au 3 mars 1888.

Lundi 27. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, A. Robin.

Mardi 28. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias Duval, Polaillon, Quenu. — 4e examen, doctorat : MM. Laboulbène, Fernet, Raymond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Richet, Panas, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Le Fort, Tarnier, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. G. Sée, Peter, Ballet.

Mercredi 29. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Guyon, Budin, Reclus.

Jeudi 1er. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quinquaud. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Jaccoud, Peter, Hanot. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Proust, Raymond.

Vendredi 2. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Delens, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Trélat, Budin, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Hayem, Ollivier, Brissaud.

Samedi 3. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Peter, Bouilly, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hutinel. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Tarnier, Polaillon, Schwartz. — 5e examen, doctorat (1re partie). Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Peyrot, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Laboulbène, Legroux, Troisier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par le professeur BAUDRY, second et dernier fascicule. 1 vol. in-8°, 7 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.


FARINE LACTÉE NESTLE
qui réussit très bien aux jeunes enfants, n'est aut
qu'un mélange desséché dans le vide de lait d
vache, de sucre et de croûte de pain, mélange ayant à
peu près la composition du lait de femme.

7771.6

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 24 Samedi 25 Février 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 24 Samedi 23 Février 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

—

Le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac basés sur l'examen du suc gastrique.

Un des caractères de l'investigation clinique de notre époque est de rechercher, avec raison, l'existence des signes objectifs utilisables pour le diagnostic des maladies, sans négliger la signification des symptômes, c'est-à-dire des sensations accusées par les malades; on comprend que des allégations souvent vagues ne peuvent avoir la valeur de la constatation d'un fait d'ordre physique et chimique. Les nombreuses recherches qui ont été faites sur l'état de la sécrétion gastrique, l'application des données de la physiologie à la pathologie humaine ne sont que l'expression de cette tendance de l'observation clinique. M. le professeur G. Sée a fait récemment sur la recherche de l'acide du suc gastrique une communication dont les conclusions auraient une haute portée diagnostique et thérapeutique. A une époque où, par suite du traitement local des maladies de l'estomac, l'exploration de cet organe est entré dans la pratique, il était naturel qu'on multipliât les recherches sur la chimie de la digestion chez l'homme sain comme chez l'homme malade, ce qui a été fait surtout dans ces dernières années en Allemagne et en France. Toutefois les expérimentateurs ont eu particulièrement en vue, dans la composition du suc gastrique, l'acide qu'il renferme, précisément parce que la pepsine non acidifiée ne possède qu'un pouvoir digestif à peu près nul. La présence d'un acide dans le suc gastrique est indispensable pour la digestion; mais pendant longtemps les physiologistes ont eu une opinion très variable sur la nature de cet acide et aujourd'hui encore l'unanimité ne paraît pas être faite.

On a admis la présence de l'acide lactique (Cl. Bernard, Laborde, Béclard), de l'acide sarcolactique (Richet), de l'acide phosphorique (Blondlot), enfin la plupart des auteurs, et parmi ceux-ci MM. G. Sée,

Rouget, Ewald, Herzen, n'admettent que l'acide chlorhydrique, au moins dans le plein de la période digestive. Ce qui paraît créer, en effet, la divergence des opinions, c'est que les deux acides lactique et chlorhydrique peuvent exister simultanément ou successivement dans le suc sécrété pendant la digestion. C'est ainsi que, suivant Boas et Ewald, la présence de l'acide lactique est liée à la digestion de la viande pendant la première heure; c'est ce qu'admet également M. le professeur Sée pour la première demi-heure. Dans la suite, les deux acides coexistent; enfin, dans une dernière période, l'acide chlorhydrique existe seul, et cette période commencerait une heure après le repas. Mais il est d'autres expériences qui montrent encore que le principal rôle revient à ce dernier acide dans la digestion. En effet les digestions artificielles sont beaucoup plus actives lorsqu'elles sont faites avec du suc gastrique additionné d'acide chlorhydrique que lorsqu'elles sont préparées avec tout autre acide, lactique ou acétique par exemple. Ce dernier se retrouve d'ailleurs dans le liquide stomacal seulement en tant que produit anormal de fermentation et sa présence est accidentelle.

Pour retirer le suc gastrique dans un but d'examen, M. le professeur G. Sée se sert d'une sonde en caoutchouc introduite dans l'estomac et en adapte l'extrémité libre à l'aspirateur Potain; deux ou trois coups de pompe suffisent pour aspirer les quelques grammes de suc gastrique nécessaires pour l'examen. Pour que les renseignements fournis par l'analyse du liquide stomacal aient une véritable valeur, il faut que ce dernier soit retiré en pleine phase digestive. Dans l'intervalle des digestions, en effet, ce liquide n'est pas du véritable suc gastrique, mais un liquide muqueux peu acide et dépourvu de toute propriété digestive. Il faut donc pour obtenir un liquide propre à l'examen déterminer la sécrétion du suc gastrique par l'introduction d'aliments dans l'estomac, car si toute excitation a pour effet la sécrétion d'un liquide par la muqueuse stomacale, ce sont surtout les aliments albuminoïdes qui nécessitent la présence du véritable suc gastrique pour se dissoudre. Mais on comprend qu'un repas complexe influerait trop sur la composition du liquide à analyser, ce qui gênerait considérablement l'examen. En cela, le professeur Sée a eu recours au procédé le plus simple, qui consiste à faire absorber au malade deux œufs très frais, cuits dur, dont on enlève le jaune. La fraîcheur des œufs est une condition indispensable, car la présence de l'acide sulfurique peut fausser les résultats de l'analyse. On retire le liquide stomacal de trois quarts d'heure à une heure après ce repas d'épreuve, car l'examen au début pourrait montrer une grande quantité d'acide lactique et peu d'acide chlorhydrique. C'est sur le liquide stomacal qu'on opère pour en déter-

miner l'acidité. Mais auparavant, on a eu soin de choisir seulement les réactifs qui ne décèlent que la présence de l'acide chlorhydrique.

On a employé ainsi tour à tour le sulfate d'aniline, le violet de Paris ou violet de méthyle, le violet de gentiane : ces derniers traduisent la présence de l'acide chlorhydrique par une coloration bleue ou verte ; la tropéoline, la pathaléine, le vert malachite, etc. Tous ces réactifs ont cédé le pas à celui qu'a préconisé Gunzburg (de Francfort), et sur la supériorité duquel tout le monde s'accorde. C'est la phloroglucine-vanilline avec laquelle le professeur Sée a entrepris ses recherches. Pour préparer ce réactif, on dissout dans 30 grammes d'alcool 2 grammes de phloroglucine et 1 gramme de vanilline, ce qui donne un liquide rouge-jaune. Ce réactif est sans effet sur les acides organiques, mais une goutte versée dans un liquide renfermant des traces d'un acide minéral détermine la précipitation de cristaux rouges. Si la dilution est très grande, il suffit de concentrer le liquide à essayer par évaporation sur un feu doux.

Enfin, disons-le de suite, pour que cet examen ait une valeur réelle et décisive, il faut qu'il ait été répété plusieurs fois et qu'on ait constamment noté les mêmes résultats.

Si maintenant le professeur G. Sée attache autant d'importance à l'examen chimique du suc gastrique, c'est qu'il regarde la dyspepsie comme une « opération chimique défectueuse » et on reconnaîtra bien que c'est avec quelque raison, puisque la digestion est une opération de chimie physiologique par excellence, tandis que la motricité et l'innervation n'interviennent qu'à titre auxiliaire. D'après cela, une bonne classification des dyspepsies doit avoir pour base les altérations du suc gastrique. Etant donnée l'importance qui revient à l'acide libre du suc gastrique associé à la pepsine, on a d'abord songé à déterminer l'acidité du liquide stomacal dans les divers états pathologiques de la digestion. Cette acidité peut être diminuée ou augmentée. D'après M. G. Sée, on peut réduire à deux les maladies qui diminuent la sécrétion de l'acide chlorhydrique : ce sont le cancer de l'estomac, qu'il s'accompagne ou non de dilatation, et certaines dyspepsies dites muqueuses observées dans les maladies chroniques, chez les cardiaques, les tuberculeux, dans toutes les maladies cachectiques.

Dans le cancer, l'anachlorhydrie est presque constante ; si les observations de Riegel, de Grundzach montrent que l'acide chlorhydrique a fait constamment défaut, il existe cependant quelques observations contradictoires et il serait peut-être prématuré de conclure à l'absence d'un cancer stomacal lorsqu'on constate encore la présence de l'acide chlorhydrique. D'un autre côté, l'anachlorhydrie

se rencontre dans certaines dyspnées graves, elle n'appartient donc pas exclusivement au cancer. Mais il est probable que nous serons bientôt fixés sur la valeur de signe par des observations multipliées ; on peut déjà admettre que le cancer stomacal s'accompagne au moins très souvent de l'absence ou de la diminution d'acidité du suc gastrique.

Le professeur Sée fait remarquer que cette absence dans le cancer a une tout autre conséquence que dans d'autres affections gastriques. Dans ces dernières, en effet, la digestion intestinale peut remplacer la digestion stomacale, comme cela a lieu chez les brightiques, et les diabétiques. Il n'en est plus de même dans le cancers où les ressources de la digestion intestinale font défaut, de sorte que les aliments ne sont ni digérés ni absorbés. Enfin comme Riegel, Schutz, Wan der Velden, M. Sée a reconnu qu'un grand nombre d'affections s'accompagnent d'une hypersécrétion d'acide chlorhydrique.

De toutes ces recherches il a déduit que trois médications répondent aux indications : la chlorhydrothérapie, l'alcalinothérapie et les évacuants mécaniques et physico-chimiques. Les prescriptions dépendent naturellement d'un examen réitéré du suc gastrique. L'administration de l'acide chlorhydrique aurait des conséquences fâcheuses dans les cas où il existe une augmentation de cet acide. Elle est indiquée dans toutes les dyspepsies où il y a peu d'acide, ou lorsque prédominent les acides organiques, c'est-à-dire dans les dyspepsies muqueuses et certaines dilatations. A ce propos, on ne doit pas s'en rapporter aux sensations de brûlure ou de pyrosis, car l'anachlorhydrie peut exister dans ces cas. Enfin on doit craindre l'emploi de l'acide chlorhydrique dans le cancer.

Les alcalins s'adressent par contre aux cas d'hyperchlorhydrie, mais le professeur Sée fait remarquer qu'on le prescrit en général à doses trop faibles, d'autant plus que les sels sont en partie absorbés; un examen fait à la suite d'un repas d'épreuve permet de fixer la quantité de bicarbonate sodique à prescrire, mais il faut toujours cinq à six grammes de ce sel à la suite du repas, pour neutraliser l'excès d'acide. Quant aux évacuants, ils s'adressent à tous les cas où l'élément névro-musculaire est atteint, dans la dilatation stomacale et les états atoniques de l'intestin.

Parlant des prescriptions diététiques, M. G. Sée s'est élevé contre l'abus inconsidéré qu'on a fait du régime lacté, lequel est insuffisant et dilate de plus en plus l'estomac. Il a fait ressortir les avantages qu'on peut retirer de l'alimentation amylacée dans l'anachlorhydrie surtout dans celle qui est d'origine cancéreuse. Dans tous ces cas, la période amylo-lytique de la digestion est très active et, en profitant de cette circonstance pour prescrire des aliments à la fois amylacés et

azotés comme les pâtes d'Italie et les légumes secs en purée, l'alimentation et les bonnes digestions des malades sont suffisamment assurées. On doit au contraire prohiber les féculents dans l'hyperchlorhydrie : les viandes et le poisson deviennent alors les principales ressources alimentaires. Quant au régime lacté, il doit être réservé pour une seule affection, l'ulcère de l'estomac. Au point de vue pratique, l'utilisation de ces préceptes dépend de la facilité avec laquelle on pourra pratiquer les explorations gastriques ; les résistances qu'on pourra rencontrer dans la pratique s'atténueront si on reconnait de sérieux avantages à cette manière de procéder qui donnera encore d'autres renseignements, car on a surtout tenu compte de l'acide du suc gastrique. Mais déjà l'importance des déductions diagnostiques et thérapeutiques de cette méthode imposent la continuation de ces recherches.

L. JUMON.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

—

DU TRAITEMENT DES ABCÈS DE L'ANUS PAR L'INCISION AU THERMO-CAUTÈRE. — A propos de la communication faite par le Dr Bazy sur le traitement des abcès de l'anus à la Société de chirurgie, en juin 1887, M. Gabriel Roux fait un intéressant travail sur les avantages que donne l'incision au thermo-cautère. Il fait d'abord l'historique de la question et, se rangeant à l'opinion de Paget préconisée par Trélat, Reclus, etc.., il se déclare partisan convaincu des incisions larges, contrairement à Foubert qui ne voulait s'en tenir qu'à la simple ponction. Les reproches que l'on faisait sur les grandes incisions se basaient sur les dangers d'hémorrhagie, d'infection, d'incontinence des matières fécales, etc... De nos jours, Chassaignac, d'abord, détermina la conduite à tenir au moyen des grandes incisions, et M. Trélat dernièrement a formulé les deux règles suivantes :

1° Chaque fois qu'on se trouve en présence d'un abcès de la marge de l'anus que l'on vient d'ouvrir ou qui vient de s'ouvrir, explorer avec le stylet pour voir jusqu'où remonte le décollement et diviser la paroi rectale dans la hauteur de ce décollement.

2° En face de fistules, il faut commencer par la reconnaissance exacte de la disposition, de la profondeur des diverticules, ouvrir les trajets, mettre à jour les clapiers, modifier les surfaces rebelles à la cicatrisation naturelle.

Cette conduite, M. Roux la tient en tous points avec cette différence qu'au lieu de se servir du bistouri, ainsi que le fait M. Trélat,

il emploie le thermo-cautère. Grâce à lui en effet, point d'hémorrhagie, chose très facile dans ces régions, et surtout modification importante des surfaces rebelles qui ne tardent pas à offrir une tendance à une cicatrisation active et normale.

Outre les cas de M. le professeur Combalat dont il fait mention, M. Roux nous cite trois observations à l'appui de son travail, dans lesquelles nous voyons des malades qui, avec des délabrements considérables, ont guéri rapidement et définitivement. — (*Marseille-Médical*, 30 janvier 1888.)

DU TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE PAR L'INCISION ANTISEPTIQUE. — M. le professeur Gross, de Nancy, a fait dernièrement une excellente leçon sur ce sujet. Comparant la ponction suivie de l'injection iodée à l'incision antiseptique, il déclare que l'avantage semble revenir à cette dernière. En effet, d'abord pas de douleur, puis, pas de réaction inflammatoire consécutive à l'injection iodée; même quand l'antisepsie a été réelle, l'apyrexie est complète, la réunion immédiate, et la durée de la guérison moindre que pour les cas traités par la ponction.

Un autre avantage consiste en ce que la récidive doit être beaucoup plus rare après l'incision qu'après la ponction, par la raison qu'en ouvrant largement la tunique vaginale on découvre et par conséquent on supprime bien souvent la cause même de la maladie (kystes de l'épididyme ou du testicule, corps étrangers libres dans la vaginale, etc.).

Malgré tout cependant, la ponction ne doit pas être abandonnée et M. Gross pose les conclusions suivantes:

La ponction suivie d'injection iodée doit être réservée aux hydrocèles simples et récentes.

L'incision antiseptique est indiquée dans l'hydrocèle congénitale, les hydrocèles anciennes, volumineuses, multiloculaires, dans les vaginalites et pachyvaginalites chroniques. Elle est indiquée dans les hydrocèles récidivées ou réfractaires aux autres traitements; dans les hydrocèles symptomatiques où elle peut servir d'incision exploratrice; enfin, dans les hydrocèles compliquées. (*Revue médicale de l'Est*, 15 octobre 1887.)

D[r] A. DESCAMPS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

M. *Lannelongue* proteste contre l'opinion qu'on lui prête d'avoir traité de réclame les travaux envoyés à la Société de chirurgie concernant les eaux minérales.

MALADIE KYSTIQUE DE LA MAMELLE. — M. *Brissaud* a fait l'examen des mamelles kystiques enlevées par M. Reclus. Toutes les parties de la mamelle renfermaient des kystes depuis la grosseur d'un œuf de poule jusqu'aux kystes microscopiques. Ces kystes ne ressemblent en rien aux kystes veineux par rétention.

L'épithélium qui les revêt a toutes les formes possibles depuis l'épithélium plat jusqu'à l'épithélium mycoïde. Les plus gros des kystes sont surtout à la périphérie.

Les canaux galactophores présentent par place des dilatations et des végétations inflammatoires.

Rien dans le tissu conjonctif interstitiel qui dénote la pénétration du tissu épithélial en dehors des acini. Je n'ai trouvé qu'une fois dans un point un petit amas d'épithélium qui permet de craindre la possibilité d'une transformation maligne de ces tumeurs.

En somme, c'est une maladie exclusivement des acini. On pourrait la comparer à la maladie kystique du rein, à certains kystes de l'ovaire et à certaines maladies de l'estomac où les glandes de Lieberkuhn sont transformés de kystes qui viennent faire hernie à la surface de la muqueuse sous forme de végétation ou même de polype.

M. *Quenu*. Doit-on faire à la maladie kystique une entité morbide ? Je ne le crois pas. Je pense que M. Reclus a bien fait de l'appeler maladie kystique et non épithéliome kystique de la mamelle, comme veulent le faire MM. Brissaud et Malassez. Je crois que cette dernière interprétation est contestable. Je crois que le groupement de M. Reclus doit rester.

J'ai observé un fait qui m'a fourni quelques réflexions à ce sujet. Il s'agit d'une femme de 33 ans qui, à la suite d'un phlegmon du sein, a vu apparaître une tumeur qui s'est développée peu à peu, mais surtout pendant sa grossesse.

A l'heure où je l'ai observée, j'ai vu une malade qui avait sur une mamelle une tumeur du volume d'un œuf de pigeon au centre d'une multitude de petits noyaux de volume variable.

Après l'ablation, j'ai vu que toute la mamelle était convertie en kystes qui étaient remplis d'une matière analogue au lait.

J'ai fait des examens histologiques : j'ai trouvé les caractères histologiques décrits par M. Brissaud, sauf que je n'ai pas trouvé des cellules épithéliales caliciformes.

Comment interpréter la chose? On ne peut appeler cette tumeur un épithéliome. Il semble que l'épithélium joue un rôle actif, mais on ne peut comparer cette tumeur à la maladie kystique du testicule ou de l'ovaire, on ne peut ranger cette tumeur dans le cadre de fibromes et d'adénomes.

Il n'y a rien indiquant un processus actif du côté du tissu conjonc-

tif, mais il y a un processus fibreux évident puisqu'il y a dans l'étiologie des phlegmons, des coups, et que, quelquefois, on observe la rétraction du mamelon.

En somme, il y a diverses opinions soutenues : il y a l'opinion de Reclus, qui est inattaquable parce qu'elle se place sur le terrain clinique, l'opinion anatomo-pathologique de Brissaud et Malassez, qui en font un épithélioma kystique, l'opinion qui veut en faire une maladie inflammatoire sous le nom de mammite noueuse.

Je crois qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme, d'une tumeur. C'est une maladie qui, malgré ses apparences histologiques, n'a jamais d'engorgement ganglionnaire, et n'a pas d'intermédiaire entre le cancer vrai et elle.

M. *Reclus*. Il y a eu un cas, celui de Valude et Verneuil, où il y avait des éléments de malignité.

M. *Quénu*. En tout cas c'est exceptionnel. Je crois qu'on pourrait en faire une cirrhose, une mammite débutant par l'épithélioma, analogue aux cirrhoses épithéliales de Charcot comme celles qu'on produit par la ligature du canal cholédoque sur le foie ou par celle des urethères sur le rein. C'est en somme, pour moi, une cirrhose épithéliale mammaire avec formation kystique.

M. *Nélaton*. J'ai vu, l'année passée, une malade qui avait des tumeurs dans les deux seins, et que j'avais diagnostiquées maladie kystique.

Dans un côté, je ne trouvais qu'une plaque dont la pression faisait sortir un liquide brunâtre par le sein.

De l'autre côté, on trouvait une tumeur grosse comme une mandarine avec une foule de noyaux et de nodules disséminés tout autour.

M. Reclus vit la malade, vérifia le diagnostic qu'il avait porté en vidant au moyen de la seringue de Pravaz le contenu d'un certain nombre de tumeurs.

M. *Segond*. J'ai opéré en mai 1886 la malade présentée par M. Reclus; la tumeur qu'elle portait avait le caractère de la tumeur adénoïde du sein. Je l'ai enlevée ; j'ai eu la tumeur entre les mains, je n'ai plus senti de tumeur, il n'existait qu'une mamelle qui ne contenait que des kystes analogues à des grains de raisin.

M. Reynier. M. Reclus attache aux caractères de bilatéralité et de multiplicité une très grande importance. Cela ne me suffit pas pour établir un diagnostic.

Dans un cas récent, croyant avoir affaire à une maladie kystique, je me suis trouvé en présence d'un fibrome diffus du sein.

Il s'agit d'une femme mariée, de 35 ans, qui eut un abcès à la première grossesse. Au niveau de cet abcès, il resta une petite tumeur,

qui grossit peu à peu et bientôt on en trouva dans les deux seins et il s'écoulait de la sérosité dans les deux mamelons.

Quand je vis la malade, elle avait des deux côtés des tumeurs dures, marronnées, lobulées, fermes, arrondies.

Il y avait des ganglions dans les deux mamelles.

Je proposai l'énucléation. Nous nous trouvâmes en présence de tumeurs fibreuses qui pouvaient s'énucléer. J'enlevai toute la mamelle d'un côté, une partie seulement de l'autre côté.

Je l'ai revue, il y a un mois ; du côté incomplètement opéré, il s'est développé de nouvelles tumeurs, l'engorgement ganglionnaire a aussi un peu augmenté, mais a rétrocédé sous l'influence de l'iodure.

L'examen histologique a montré qu'il s'agit de tumeurs fibreuses à fibres concentriques.

M. Reclus conseille de faire une ponction exploratrice, si je l'avais faite, je n'aurai probablement pas fait erreur de diagnostic, mais j'aurais pu le faire, ce fibrome s'accompagnant quelquefois de kystes.

La tumeur chez ma malade me paraît d'origine inflammatoire et elle viendrait confirmer des idées de M. Phocas sur la maladie noueuse du sein et celles soutenues par M. Quénu.

M. *Trélat.* Je n'ai pas dit que la tumeur décrite par M. Reclus était un fibrome. J'ai dit que nous connaissions sous le nom de fibromes des tumeurs qui ont l'apparence de la tumeur décrite par M. Reclus. M. Reclus a montré que ces tumeurs qu'on croyait solides étaient liquides, il n'y a pas de caractères cliniques distinguant les deux ordres de tumeurs.

Désormais, il faudra faire un examen très circonstancié pour les distinguer l'une de l'autre.

Entre les kystes veineux purs et les kystes consécutifs aux kystes fibromes, il y a tous les intermédiaires.

En somme, ce sont des tumeurs essentiellement bénignes, à longue marche et à durée très longue et que nous ne toucherions pas.

On les prenait pour des fibromes : il faut savoir que ce ne sont pas toujours des fibromes.

J'ai l'observation d'une femme qui est venue me voir, il y a quelque 25 ans, portant une tumeur au sein diagnostiquée fibrome ; je ne voulus pas y toucher ; je la revois de temps en temps, elle a maintenant des tumeurs aux deux seins et se porte très bien.

Quant à la conduite à suivre, elle n'est pas encore bien tracée.

Je comprends qu'on ait au début proposé des opérations.

Depuis, on en est revenu. En présence de cette maladie, on sera conduit à respecter le mal, et s'il n'y a pas tumeur à proprement parler, de prolifération active, on se bornera à ne rien faire.

M. *Kirmisson*. Je confirme ce que vient de dire M. Quénu : il faut distinguer le malade kystique de l'épithéliome intra-canaliculaire..

L'écoulement sanguin par le mamelon est peut-être un bon signe de l'épithéliome intra-canaliculaire, tandis que, dans la maladie kystique, il y a un écoulement plutôt séreux.

Je ne crois pas qu'on puisse faire une maladie à part de cette maladie. Il ne faut pas y toucher.

M. *Terrillon*. J'ai vu deux cas de kyste de la mamelle. J'en ai vu en 1879 un cas chez une femme de la campagne, qui en avait dans les deux seins. Je voulus l'opérer, elle refusa. L'année suivante, je fis une ponction dans un kyste ; il en sortit de la sérosité assez claire.

Je l'ai revue l'année dernière ; ça a un peu augmenté.

J'en ai vu l'année dernière une autre qui avait une double tumeur kystique ; je n'ai pas proposé non plus l'opération.

M. *Tillaux*. Je ne connais pas la maladie kystique ; il y a une autre maladie qui y ressemble, c'est une maladie que je considère comme inflammatoire occupant les deux glandes, c'est pour moi de la mammite chronique. J'en ai un grand nombre, tous guéris par la compression.

Il y a un caractère que je considère comme pathognomonique, c'est l'apparent déplacement des tumeurs et même leur disparition dans un cas de mammite chronique. Ces faits ont été étudiés par Phocas dans sa thèse.

M. *Terrier*. J'ai vu une des malades vues par MM. Reclus et Brissaud. Je concluais à l'ablation.

Depuis, j'ai changé d'opinion, car j'en ai vu un autre cas sur la femme d'un médecin des hôpitaux de mes amis, qui a aujourd'hui une trentaine d'années : la tumeur avait commencé à l'époque de la puberté, et non à la suite de coups ou d'abcès des seins, car elle n'a pas eu de grossesse : elle a de petits engorgements ganglionnaires à l'aisselle.

Les opérations faites n'ont pas donné de récidives ; aussi je crois que ces tumeurs sont bénignes, et j'ai proposé de n'y pas toucher, l'engorgement ganglionnaire pouvant indiquer que cela peut être moins bénin qu'on ne croit. La compression ne fait rien.

M. *Desprès* présente un malade atteint de luxation interne du coude.

P. Bazy.



BIBLIOGRAPHIE

—

Les nouvelles institutions de bienfaisance ; les dispensaires pour enfants malades, l'hospice rural, par le Dr *A. Foville*, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés. Un vol. in-16, avec 10 plans, 255 p. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

L'apparition de ce livre a coïncidé à peu près avec la mort de son auteur. Secrétaire général de l'Association des médecins de France depuis la mort d'Amédée Latour, M. Foville avait dans notre profession une haute situation qu'il devait à son nom, à son aménité, à ses travaux et aux services rendus. Nommé, depuis plusieurs années, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés, il s'était surtout spécialisé dans ces questions d'assistance publique, et il avait lu, il y a environ deux ans, à l'Académie de médecine, un long mémoire dont le livre que nous analysons aujourd'hui est le développement.

M. Foville décrit d'abord les dispensaires pour enfants malades et, comme de raison, il commence par le premier et le plus connu d'entre eux, celui que le Dr Gibert a fondé au Havre, en 1875, avec un dévouement, une persévérance et un sentiment de juste économie dignes des plus grands éloges. Il décrit de même l'installation, le fonctionnement, la statistique médicale et la situation financière du dispensaire municipal de Clermont-Ferrand, du dispensaire créé dans le premier arrondissement de Paris par le Dr Dubrisay, du dispensaire de la Société philanthropique, rue de Crimée à Paris, dans lequel le Dr Comby rend tant de services, des dispensaires du bureau de bienfaisance de Rouen, du dispensaire Dolfus, au Havre, du dispensaire Furtado-Heine, à Paris.

Cette énumération n'est pas suffisamment complète, et M. Foville aurait pu citer autrement que dans la reproduction intégrale d'une discussion au Conseil municipal de Paris le dispensaire créé dans le quatrième arrondissement par M. Ruel. Peut-être aussi aurait-il été juste de citer, parmi les dispensaires absolument gratuits, les cliniques ophthalmologiques qui, à Paris seulement, soignent plus d'enfants que tous les autres établissements réunis ; mais nous aurions mauvaise grâce à insister sur ce point.

M. Foville reproduit deux circulaires du ministre de l'intérieur relatives à la création de dispensaires pour enfants malades, et le compte rendu de la séance du Conseil municipal de Paris du 30 juillet 1887, dans laquelle le conseil a voté une somme de 100.000 fr. pour la création de dispensaires dans les arrondissements les plus pauvres et les plus populeux.

Cet ouvrage se termine enfin par la reproduction du projet pré-

senté à la Société de médecine publique par M. le Dr Du Mesnil, et relatif à la création de petits hospices locaux fondés par une ou plusieurs communes qui pourraient y recueillir leurs vieillards.

A. CHEVALLEREAU.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 29, à 1 heure. — M. HISCHMANN : Intoxications et hystérie. *Président* : M. Potain. — M. MORIN : Contribution à l'étude clinique de la fièvre syphilitique. Typhus syphilitique. *Président* : M. Fournier.

Jeudi 1er, à 1 heure. — M. LEPAGE (Gabriel) : Applications du forceps au détroit supérieur. *Président* ; M. Tarnier. — M. LE BEL ; Des épilepsies par troubles de la circulation. *Président* : M. Dieulafoy.

Vendredi 2, à 1 heure. — M. WISARD : De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. *Président* : M. Guyon. — M. ALBESCO : Rectotomie postérieure préliminaire ou exploratrice. *Président* ; M. Lannelongue. — M. RAOUL : De la désarticulation du coude avec résection des saillies articulaires de l'humérus. *Président* : M. Lannelongue.

NOUVELLES

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 12 *au* 18 *février* 1888. — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 5. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 42. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 38. — Tumeurs cancéreuses et autres, 44.

Méningite, 44. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 48. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 83.

Bronchite aiguë et chronique, 92. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 116.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 56.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 188. — Causes inconnues, 12.

Nombre absolu de la semaine : 1112. — Résultat de la semaine précédente : 1131.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 25 Mardi 28 Février 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.



35e Année. — Tome I. N° 25 Mardi 28 Février 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Histoire clinique d'un cas de syphilis héréditaire tardive simulant l'affection dite pseudo-tumeur blanche syphilitique (1).

Par le Dr LORENZO MANNINO.

Maggiore Stephano, 27 ans, né à Bagheria, province de Palerme, se présente à ma consultation en novembre 1886, pour une affection dont il souffre depuis la fin de sa 19e année. Il me raconte qu'à cette époque, étant en bonne santé, il a vu se gonfler l'articulation du coude droit, qui prit rapidement des dimensions considérables sans lui causer de gêne ni de douleur d'aucune sorte. Au bout de peu de temps, les mêmes phénomènes se produisirent sur l'articulation du genou gauche, sans qu'il fût survenu aucune cause appréciable. Le genou devint volumineux, et quelquefois douloureux, de façon à le fatiguer dans la marche.

L'année suivante, il se produisit, au niveau des articulations malades, des plaies qui, à partir de cette époque, ne guérirent plus, ou si quelqu'une venait à se cicatriser, une autre se produisait immédiatement dans le voisinage. Dans le cours de cette même année, d'autres tuméfactions se développèrent dans la région frontale, lesquelles s'ouvrirent par la suite, en donnant naissance à des ulcérations analogues aux précédentes, lesquelles duraient encore lorsque je vis pour la première fois le malade.

A tous ces maux s'ajouta une grave maladie de l'œil droit, qui survint dans le cours de la troisième année et par bonheur ne détruisit pas l'organe, mais le laissa en assez triste état.

Tous les médecins de Palerme l'avait traité comme scrofuleux. Mais tous les traitements, s'ils amenaient une amélioration passagère, laissaient le malade dans le même état, si bien qu'à la fin il était devenu un vrai tissu de plaies, objet de dégoût pour tous.

(1) Traduit et analysé de la *Rivista clinica di Bologna*, novembre 1888.

Pour ce qui est des renseignements éloignés, le malade s'est toujours bien porté ; il n'a jamais eu ni blennorrhagie, ni maladie d'aucune sorte.

Son père est encore vivant, sa mère est morte quand il était encore tout enfant, aussi ignore-t-il la cause de sa mort. Il a des frères et des sœurs plus âgés que lui et qui se portent bien.

Ces renseignements étaient pour moi un grand contraste avec la nature des lésions, dont la multiplicité et les caractères objectifs me démontraient la nature spécifique en lettres capitales.

Il était donc nécessaire de faire une enquête qui me donna les résultats suivants :

Le père, homme d'une soixantaine d'années, encore bien portant, me raconte que, trente-cinq ans environ auparavant, sa femme fut atteinte de multiples plaques blanchâtres à la bouche et à la vulve ; peu de temps après, il fut atteint de plaques semblables à la bouche et à l'anus, et d'autres éruptions sur toute la peau. Cette maladie, d'après lui, leur venait d'une domestique. Depuis cette époque, sa femme fit cinq ou six avortements, tandis qu'auparavant elle avait eu six fils à terme et sains qui sont tous vivants. Le dernier fils, qui est notre malade actuel, venu au monde après ces six avortements, naquit avec une tête très grosse et diverses éruptions sur la peau, qu'il ne peut plus préciser maintenant, mais qui guérirent au bout de deux ans par des frictions de pommade mercurielle et d'autres médicaments internes. Quant à la mère, au bout de cinq à six ans après la naissance de cet enfant, elle mourut, pleine de plaies et de douleurs. Quant à lui, il n'avait plus eu aucune manifestation de la maladie et s'était remarié plus tard.

L'examen objectif du malade donne les résultats suivants : Etat général déplorable, coloration vitreuse de la peau, muqueuses décolorées, masses musculaires atrophiées. Il boite par suite d'une ankylose du genou gauche.

Tête et face : Sur le front, on remarque diverses ulcérations arrondies, à bords nettement coupés, comme taillés à pic. Les plus grandes sont à gauche, de la grandeur d'une pièce de deux francs. Toutes sont plus ou moins profondes et pénètrent jusqu'à l'os frontal, lequel met à nu les divers points. Toutes ces ulcérations à fond grisâtre secrètent une petite quantité de pus jaunâtre fétide. Au milieu de ces ulcérations, sur les tractus de peau avoisinante, on observe diverses cicatrices récentes, d'un teint cuivré classique, avec tendance à la chéloïde.

Toutes ces lésions sont peu ou point douloureuses spontanément. La palpation ne détermine pas de douleurs.

Œil droit : Cet organe est proéminent, les paupières sont closes

(buphthalmie). Mydriase, opacités noires et irrégulières sur la face postérieure du cristallin, atrophie de la papille ; excavation glaucomateuse, dépigmentation de la choroïde et diminution considérable de l'acuité visuelle. Tous les symptômes sont ceux d'une choroïdo-rétinite ancienne dont nous observons les reliquats.

Articulation du coude droit : Toute l'articulation était tuméfiée et déformée, ankylosée à angle obtus. Les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras sont très limités ou nuls. Les muscles sont profondément atrophiés. Les muscles du bras sont amaigris, mais moins que ceux des avant-bras. Sur la région externe du coude qui avait perdu sa configuration normale, existaient deux ulcérations de forme circulaire, dont la première, en rapport avec l'humérus, était à peu près de la grandeur d'un sou de cuivre, et pénétrait jusqu'à l'os, que la sonde montrait dénudé ; son fond était grisâtre, fongueux, avec des bords nettement taillés à pic et secrétait un pus fétide. La seconde, en rapport avec le cubitus, moins grande et d'une forme moins régulière, présentait un tissu fongoïde et un fond lardacé, d'où s'exhalait un pus infect. D'autres ulcères, plus petits, se remarquaient sur les régions interne et postérieure. Une ulcération serpigineuse étendue occupait tout le tiers supérieur externe de l'avant-bras. Un certain nombre de cicatrices irrégulières étaient disséminées entre ces régions.

Articulation du genou gauche : Ankylose à angle obtus tourné en arrière, donnant lieu à un raccourcissement de quelques centimètres, et à de la claudication. Articulation déformée, tuméfiée, un peu sensible à la palpation. Pas de mouvements de la bascule de la rotule, qui au contraire adhère énormément à l'articulation. Ulcération de forme variée sur la région antérieure, s'étendant à tout le tiers supérieur et antérieur de la jambe. Léger œdème du dos du pied.

Il n'y avait aucune autre lésion apparente sur le reste du corps. L'examen des dents, du thorax et de l'abdomen n'ont révélé aucune affection. L'analyse chimico-microscopique des urines est également muette. Il y a seulement un léger degré de surdité dont le malade souffre depuis l'enfance, sans altération de la membrane du tympan, ni du conduit auditif externe.

Diagnostic : *Syphilis héréditaire tardive*, et pour préciser le diagnostic anatomique, *gommes multiples ulcérées des articulations du coude droit, du genou gauche et de la région frontale par syphilis héréditaire tardive.*

Traitement. Traitement spécifique mixte : injections intra-musculaires de sublimé alternant avec l'administration interne de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 4 grammes par jour en augmen-

tant quotidiennement de 20 centigrammes. Chaque jour également on administre la poudre de tréfusia (?) de Luigi d'Emilio. A l'extérieur, lavages phéniqués et application d'un onguent composé d'iodoforme et de pommade mercurielle dans la proportion de un sur dix. Collutoire au chlorate de potasse et grands soins des dents.

L'amélioration ne se fit pas attendre longtemps. Sur l'articulation du coude, au bout d'une dizaine de jours, les ulcérations étaient comblées au point de faire espérer une prompte cicatrisation. Peu à peu l'amélioration s'étendit aux autres points, en même temps que l'état général se relevait. En définitive la guérison fut complète au bout de trois mois.

Réflexions : La difficulté portait sur le diagnostic différentiel. On pouvait croire à une tumeur blanche scrofuleuse arrivée à sa dernière période, ou à la syphilis, mais plutôt à la première qu'à la seconde, puisqu'il n'existait pas d'antécédents syphilitiques.

C'était plutôt l'ensemble des lésions qui devait éclaircir le diagnostic.

On a observé que les affections articulaires dépendantes de la syphilis héréditaire se manifestent ordinairement de la 1re à la 12e année ; notre cas démontre au contraire qu'on peut parfois attendre jusqu'à la 19e année pour voir se développer ces lésions.

En outre, l'état des altérations articulaires, si on le compare aux symptômes que le professeur Fournier assigne à la pseudo-tumeur blanche syphilitique de la syphilis héréditaire tardive, en est très dissemblable. Le professeur Fournier dit que l'aspect de la tumeur blanche syphilitique est le même que celui de la tumeur blanche scrofuleuse, quant à la tuméfaction et à la déformation globuleuse de l'articulation. Dans la syphilis toutefois, la tuméfaction est composée presque exclusivement par l'hyperostose massive des épiphyses et rarement par un certain degré d'épaississement du tissu fibreux péri-articulaire. Peu de douleur à la pression ; peu ou point de douleurs spontanées dans la tumeur, tout au plus des douleurs spontanées du genre de celles qui existent dans les affections osseuses spécifiques. Sur tous ces points nous sommes parfaitement d'accord.

Mais le professeur Fournier ajoute que, dans la pseudo-tumeur blanche syphilitique, contrairement à ce qu'on observe pour la scrofule, il y a : intégrité des téguments qui ne sont ni rouges, ni chauds, ni empâtés, ni œdémateux et ne présentent aucune tendance aux complications phlegmoneuses, et encore moins à la suppuration. Il dit en outre qu'en général, il n'y a pas d'incapacité fonctionnelle, ni d'immobilité de la jointure, de telle sorte qu'avec une lésion de ce genre dans le genou, les malades peuvent marcher et quelquefois même courir.

Eh bien, les symptômes relevés sur mon malade ne concordent nullement avec cette description, de sorte qu'il semble probable que le professeur Fournier lorsqu'il l'a écrite ne s'était pas encore trouvé en face d'un cas très avancé dans son évolution, car la pseudo-tumeur blanche syphilitique peut arriver à la période d'ulcération et se complique de processus inflammatoires et suppuratifs.

L. GREFFIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février 1888. — *Présidence de* M. SIREDEY.

La correspondance comprend une lettre de M. Terrier au sujet de la communication de M. Gaucher sur l'emploi de l'acide borique à l'intérieur ; M. Terrier n'a jamais dit que l'acide borique ne servait à rien dans la cystite ; il explique comment, par la pratique et le raisonnement, il a cru devoir remplacer l'acide borique par le biborate de soude.

M. Gaucher regrette que M. Terrier n'ait pas attendu la publication du compte rendu officiel de la dernière séance avant d'écrire cette dernière lettre ; il eût vu que M. Gaucher ne lui a pas prêté l'opinion que l'acide borique ne sert à rien dans la cystite ; M. Gaucher a dit simplement que M. Terrier revendiquait la priorité d'un traitement qu'il avait abandonné, sans doute parce qu'il ne le jugeait pas bon. D'autre part, il résulte d'une lettre adressée à M. Gaucher par M. Bazy que la priorité de l'emploi de l'acide borique dans la cystite appartient à M. le professeur Guyon. M. Bazy ajoute dans la même lettre que, pour sa part, il a essayé d'employer le biborate de soude et que, à la dose de 7 à 8 grammes, il n'a jamais réussi à donner à ses malades autre chose que des maux d'estomac, il est donc resté loin des 14 à 16 grammes que M. Terrier a pu donner à ses malades.

La correspondance comprend encore une lettre de M. Lépine, au sujet de la communication de M. Hayem sur l'hémoglobinurie. Répondant à cette lettre, qui est la reproduction d'un article de journal paru il y a quelque temps, *M. Hayem* reproche à M. Lépine de se faire le champion et l'écho des idées allemandes (Erlich et Küssner). M. Hayem montre ensuite que ce qui différencie l'hémoglobinémie de l'hématurie c'est, dans la première, l'absence de stroma globulaire. Deux hypothèses peuvent expliquer l'hémoglobinémie : le processus hématique et le processus rénal ; l'observation de M. Hayem démontre le processus rénal ; ce qui n'entraîne pas que l'hémoglobinémie ne puisse aussi exister dans d'autres cas ; oui l'hémoglobi-

némie existe, mais existe-t-elle dans l'hémoglobinurie paroxystique? Non, dit M. Hayem; mais elle existe dans les maladies infectieuses où le sérum est lésé; et on la produit dans les expériences sur les animaux avec les médicaments de la série aromatique et notamment avec les chlorates. Dans l'hémoglobinémie, le sérum n'est pas altéré, donc il n'y a pas d'hémoglobinémie. D'ailleurs, au point de vue clinique, on n'observe pas dans l'hémoglobinurie de symptômes généraux indiquant une altération du sang. Enfin M. Hayem a reçu une lettre d'un confrère atteint d'hémoglobinurie et qui, pour cette affection, a dû quitter son poste de médecin de campagne et aller vivre dans le Midi; il va beaucoup mieux mais il suffit encore d'une très minime impression de froid pour que les urines deviennent immédiatement noires. Est-il possible d'admettre que le froid puisse aussi rapidement agir sur le sang en circulation dans les capillaires? Certes non, puisque l'expérience démontre que le sang peut être soumis à une température de 2° sans que les globules se dissolvent; la congestion rénale suite de refroidissement cutané explique au contraire fort bien le phénomène.

M. *Alb. Robin*, également mis en cause dans la lettre de M. Lépine, fait remarquer que ce dernier a mal interprété ses paroles. M. Alb. Robin ne s'est pas prononcé, il a seulement dit qu'à côté de l'hémoglobinurie paroxystique il y en avait une autre qui n'est pas paroxystique qu'on observe, au début ou au cours d'une maladie rénale et qui fait place à des phénomènes de congestion rénale.

MALADIE DE FRIEDREICH. — M. *Joffroy* présente un jeune homme dont aucun des ascendants n'a présenté d'affection nerveuse. Son frère aîné est bien portant; le suivant a commencé à tituber à l'âge de 12 ans, et à 16 ans n'a plus pu marcher du tout en même temps qu'on constatait de l'incoordination dans les membres supérieurs et une courbure du rachis; ce frère est mort de tuberculose pulmonaire, un troisième frère a eu en bas âge une scarlatine suivie d'atrophie d'une cuisse (coxalgie ou paralysie infantile?) Le malade de M. Joffroy a eu la scarlatine à deux ans et n'a marché qu'à 4 ans; à 10 ans, apparition des troubles de la marche; écarts; à 15 ans, marche ébrieuse, facies hébété, parole traînante, déformation de la colonne vertébrale. Examiné en 1885 par M. Joffroy, il présentait : incoordination de la marche et signe de Romberg, marche en talonnant et légère deviation du pied en varus équin, maladresse des membres supérieurs, hésitation suivie de mouvement brusque, courbure de la colonne vertébrale à concavité gauche, de telle sorte que l'omoplate droite, rapprochée de la colonne, s'écarte du tronc (ce dernier phénomène a disparu depuis 1885). En 1885, faiblesse des pectoraux, du trapèze, du biceps, et du triceps, facies hébété, lenteur et difficulté

des mouvements de la face ; diplopie et vertiges par trouble de la vue; faiblesse de l'ouïe, amnésie progressive. M. Joffroy termine sa présentation en faisant ressortir les caractères distinctifs tant anatomiques que cliniques de la maladie de Friedreich et les rapports qui semblent exister entre cette maladie et la tuberculose.

ÉPILEPSIE PAR LÉSION CRANIENNE. — M. *Féré* présente un malade qui, à la suite d'une plaie par éclat d'obus sur le vertex, a présenté depuis 1870 des attaques d'épilepsie de plus en plus répétés; elles étaient provoquées par le simple contact de la cicatrice et avaient résisté à tous les traitements. Il a suffi d'enlever la portion d'os qui faisait saillie dans la cavité crânienne pour faire disparaître les accès qui n'ont pas reparu, même sous l'influence d'excès alcooliques considérables.

M. *Joffroy* a dans son service un malade analogue; attaques de petit mal avec manifestations égales des deux côtés; phénomènes psychiques prédominant; ces accès ont apparu à la suite d'un coup de revolver dont le malade porte au front la cicatrice. M. Joffroy se propose de faire opérer ce malade.

THÉORIE BULBAIRE DU GOITRE EXOPHTALMIQUE. — M. *Ballet* présente un malade déjà présenté autrefois par M. Debove pour montrer la coïncidence de l'hystérie avec la maladie de Basdow. Aujourd'hui, cet homme présente encore les quatre symptômes cardinaux au goître exophtalmique et les stigmates de l'hystérie ainsi que de la diplopie monoculaire et de la fausse ataxie; mais ce sur quoi M. Ballet appelle surtout l'attention de la Société, c'est la paralysie des 3e, 4e, 6e et 7e paires. Les observations semblables sont nombreuses à l'étranger, rares en France; parmi ces dernières on peut citer celle déjà ancienne de M. Féréol (paralysie de la 4e paire) et celle de M. Potain (double paralysie faciale). De par toutes ces observations il semble bien établi qu'au cours du goître exophtalmique on peut avoir des paralysies de tous les nerfs bulbaires. Ce fait jette un jour nouveau sur la physiologie pathologique de la maladie de Baudow et à côté des théories plus ou moins boiteuses du sympathique et du pneumo-gastrique, il faut faire une place importante à la théorie bulbaire émise par Panas et Sattler.

SAPELIER.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LES BLESSURES PRODUITES PAR LES ACCIDENTS DE CHEMIN DE FER, par le Dr Ch. *Vibert*, chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de médecine légale de la Faculté de Paris, in-8°, 118 p., Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

M. Vibert a vu de nombreux blessés plus ou moins violemment contusionnés pendant des accidents de chemin de fer, entre autres, 104 victimes de l'accident survenu à Charenton en 1881. Il a rapproché de ces accidents ceux qui produisent un ébranlement violent de tout l'organisme ou de certains organes, comme les explosions et les accidents de voiture. Il a été amené ainsi à décrire successivement les blessures proprement dites, les troubles de la santé générale qui ne sont pas sous la dépendance directe des blessures, les troubles viscéraux que l'on peut attribuer à la commotion, enfin, et d'une façon toute particulière, les troubles fonctionnels des centres nerveux.

Les blessures résultent surtout de la projection du corps qui, conservant l'impulsion dont il est animé, vient heurter les parois du wagon subitement immobilisé. Un certain nombre de cadavres présentent un pointillé hémorrhagique très abondant et très serré occupant la totalité ou une partie de la moitié supérieure du corps ; en même temps la face peut être congestionnée, turgescente, quelquefois violette, et il existe de larges ecchymoses sous-conjonctivales. Cet aspect se retrouve chez les asphyxiés, notamment chez les étranglés et chez ceux qui ont subi une compression du thorax.

Les blessures de beaucoup les plus communes sont celles des membres inférieurs, ce qui s'explique par le heurt des jambes contre la banquette opposée. L'évolution des fractures et des plaies ne présente d'ailleurs rien de particulier.

Les troubles de la santé générale sans relation directe avec les blessures sont d'abord les troubles du système nerveux, imputables surtout ou uniquement à l'émotion, à l'impression de terreur ressentie par les victimes. La plupart des blessés sont dans un état d'excitation nerveuse caractérisé par de l'insomnie, des cauchemars, du tremblement musculaire, des maux de tête, de l'émotivité exagérée.

Ces troubles se dissipent graduellement et en général au bout d'une quinzaine de jours ils ont complètement disparu. Cependant l'émotion occasionne parfois des troubles plus profonds et plus prolongés.

Aux symptômes purement nerveux il se joint chez la plupart des blessés d'autres désordres de la santé pouvant intéresser toutes les grandes fonctions. Du côté du système digestif, il peut y avoir un véritable embarras gastrique, de la diarrhée, de l'ictère, des nausées, des vomissements, de la douleur à la région épigastrique et surtout de l'oppression après le repas. Quelques blessés restent plus ou moins longtemps dans un état de faiblesse et de dépression tout à fait disproportionné avec les lésions dont ils sont atteints.

Les désordres les plus profonds de la santé générale s'observent

chez les personnes qui présentent en même temps des troubles cérébraux graves.

M. Vibert a dans ses observations deux femmes enceintes dont la grossesse continua et un diabétique dont la glycosurie ne fut pas augmentée.

Ces troubles généraux ne sont pas toujours en rapport avec la gravité des blessures; l'auteur pense que l'ébranlement physique imprimé à tout l'organisme joue le principal rôle dans le développement de l'état cérébral comme dans celui des troubles généraux consécutifs.

Les lésions pulmonaires observées peuvent être divisées en deux groupes. Dans l'un il y a eu une contusion des parois du thorax, dans l'autre la paroi est restée intacte et l'on ne peut invoquer pour expliquer les désordres produits que l'ébranlement imprimé à toute la masse du corps et dont les effets se sont plus particulièrement fait sentir sur les poumons. Au premier groupe appartiennent des hémoptysies qui peuvent persister assez longtemps, lorsqu'il y a une déchirure du poumon. Au second groupe appartient une dyspnée continue ou revenant par accès. Peut-être s'agit-il là de troubles dus à une commotion des nerfs pneumogastriques. Parfois cette dyspnée s'accompagne de palpitations de cœur ou d'une accélération notable du pouls, sans fièvre.

Comme le poumon, l'estomac peut être lésé par suite de l'ébranlement violent imprimé au corps, sans même qu'il y ait eu choc direct sur le tronc. Beaucoup de blessés accusent des vomissements, de la gastralgie, de la dyspepsie.

Les troubles cérébraux jouent assurément le plus grand rôle dans toute cette symptomatologie et souvent même ce sont les seuls que l'on observe. Dans certains cas, un ébranlement violent de l'encéphale résulte soit de la propagation du choc violent que subit la tête au moment de certains accidents de chemin de fer. On peut n'observer d'abord qu'une paresse intellectuelle qui disparaîtra elle-même au bout de quelques jours, mais après plusieurs semaines, on voit apparaître des troubles cérébraux, d'abord légers, qui augmentent graduellement et lentement. Toutefois chez la plupart des blessés, cette période de guérison apparente fait défaut.

Les désordres des fonctions de l'encéphale entraînent des troubles intellectuels, des troubles des organes des sens, des troubles de la sensibilité et de la motilité, enfin des troubles de la santé générale.

Parmi les troubles intellectuels la diminution de la mémoire est peut-être le plus constant; après elle l'attention est la faculté le plus profondément atteinte. Le caractère devient triste, irascible et très émotionnable. Ces symptômes sont passagèrement ag-

gravés par les diverses causes d'excitation, le travail intellectuel, les émotions et surtout l'alcool. M. Vibert a noté chez deux malades du délire et de véritables accès de manie.

M. Vibert insiste peu sur les organes des sens dont les plus souvent atteints sont l'ouïe et la vue. Il signale les bourdonnements d'oreille, les sifflements, les bruits objectifs de diverses nature, la diminution de l'acuité auditive, existant en général d'un seul côté.

Parmi les troubles de la vue, l'auteur ne signale guère en dehors d'une lésion directement produite dans l'œil par le traumatisme, que la photophobie et la paresse de l'accommodation. Il y en a bien d'autres qui ont donné lieu à de difficiles questions de médecine légale, mais nous comprenons fort bien que M. Vibert, non spécialiste, n'ait pu s'arrêter longtemps sur ce point. Rappelons seulement parmi les cas les plus communs et ceux qui ont provoqué les discussions les plus délicates, les cataractes et les atrophies papillaires consécutives à des traumatismes portant sur des points très variables de l'enveloppe crânienne.

Beaucoup de malades se plaignent de fourmillements, d'engourdissements dans les membres. Les troubles de la motilité sont plus nombreux : ce sont des tremblements intermittents, occupant surtout les muscles de la face, la langue, provoqués ou augmentés par les émotions ; les secousses musculaires, les soubresauts des tendons. Presque toujours la force musculaire est notablement amoindrie.

Presque tous ces blessés présentent au bout d'un certain temps un aspect de faiblesse, de fatigue, de vieillesse anticipée, parfois de véritable cachexie. Plusieurs maigrissent considérablement. La digestion est souvent troublée ; il y a du tympanisme, de la congestion du visage après les repas, l'appétit est irrégulier ; il y a souvent des vomissements et souvent aussi des alternatives de constipation et de diarrhée. Le pouls est ordinairement accéléré, petit, parfois irrégulier et intermittent. Les fonctions génitales ont été parfois amoindries ou même complètement abolies.

Le point le plus intéressant de toute cette étude, le seul sur lequel la discussion ne puisse avoir une large prise, c'est l'anatomie pathologique. M. Vibert n'a pu faire aucune autopsie. Erichsen, qui a publié un bon travail sur le même sujet, en a fait une dans laquelle il a trouvé des traces d'inflammation chronique de l'arachnoïde et de la substance corticale du cerveau avec des lésions médullaires de même nature. M. Vibert croit probable que, chez la plupart des malades qu'il a observés, existait cette même lésion, c'est-à-dire une méningite et une encéphalite superficielle. Il est possible en effet qu'il se produise chez les victimes des accidents de chemin de fer

ou des traumatismes analogues des lésions matérielles, des contusions, des ecchymoses occupant surtout la surface du cerveau et des autres parties de l'encéphale.

Le pronostic est généralement grave, mais pour le formuler d'une manière précise il faudrait, chose impossible, connaître l'étendue des lésions et savoir si ces lésions doivent rester stationnaires ou suivre une marche envahissante ; c'est dire qu'on ne peut généralement porter un pronostic avant qu'il ne se soit écoulé au moins un mois ou six semaines depuis l'accident.

Il y a cependant des cas où le pronostic peut être sans hésitation considéré comme mauvais, ce sont ceux dans lesquels les troubles des fonctions cérébrales sont à la fois multiples et profonds et dans lesquels aux désordres intellectuels se mêlent quelques symptômes indiquant une lésion sur un point localisé de l'encéphale, contracture, paralysie, strabisme, etc.

Dans toutes les observations, fort bien prises, d'ailleurs, que M. Vibert publie à l'appui de ses conclusions, il existe une lacune très regrettable, c'est la recherche des antécédents et surtout des antécédents de famille. Certains malades violemment contusionnés et soumis par la perte de l'un des leurs à toutes les tortures morales, n'ont eu cependant aucun trouble cérébral, tandis que d'autres, très légèrement blessés ont eu des phénomènes cérébraux graves, comme si ces phénomènes n'avaient attendu qu'un prétexte quelconque pour éclater. Il y a certainement là une question de prédisposition très intéressante au point de vue scientifique, très intéressante également au point de vue juridique.

Les symptômes cérébraux rappelés ci-dessus présentent un ensemble caractéristique et qu'il est difficile de simuler ; cependant il est nécessaire de s'entourer de beaucoup de précautions pour ne pas être trompé, soit que des individus en bonne santé simulent une maladie imaginaire, soit que des malades exagèrent sciemment ou non la gravité de leur état. Tous les médecins des compagnies de chemins de fer savent combien les accidents excitent de convoitises chez ceux qui en ont été plus ou moins victimes ; les compagnies étant toujours considérées comme très riches, ces accidents sont souvent acceptés comme de bonnes aubaines dont on ne se fait pas faute de chercher à profiter largement ; aussi, qu'il s'agisse des employés de chemins de fer ou des voyageurs, chaque médecin doit être doublé d'un médecin légiste et mettre en œuvre tout son savoir et toute sa perspicacité pour arriver à déjouer les simulations ou les exagérations.

M. Vibert n'a pas observé de troubles fonctionnels de la moelle

épinière; aussi, pour rendre son travail plus complet, résume-t-il sur ce point particulier le travail d'Erichsen.

M. Vibert termine son ouvrage par un certain nombre des observations sur lesquelles il a basé ses conclusions. Ces observations sont en tout au nombre de dix-sept; ce sont pour la plupart des reproductions de rapports médico-légaux. Elles sont toutes fort intéressantes, mais nous recommandons surtout la lecture de l'observation XII, dans laquelle sont reproduits les certificats les plus contradictoires émanant de divers médecins; nous serions curieux de savoir à quelle opinion les juges se sont rangés dans ce cas.

Nous recommandons vivement la lecture de ce travail à ceux de nos confrères qui auront à soigner des accidents consécutifs à de violents traumatismes et en particulier à tous nos collègues des chemins de fer. A. CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours du Bureau central.* — Le conseil de surveillance de l'Assistance publique vient de terminer, après cinq séances, la discussion des conclusions de la commission relative aux modifications à apporter dans le concours du Bureau central. Voici les modifications apportées à ces conclusions par le conseil :

La limite d'âge n'a pas été admise.

Les deux années de doctorat exigées des anciens internes n'ont pas été adoptées. Bien plus, comme le concours aura lieu tous les ans en mars, et que l'internat se termine en février, le conseil a pensé que nombre de concurrents ne pourraient passer leur thèse pendant les deux derniers mois d'internat, sans quitter leurs services.

L'interne médaille d'or n'aura plus aucun privilège, en ce qui concerne les années de doctorat exigées des candidats.

Enfin, dernière modification : actuellement, lorsque le concours est de trois places, le nombre des juges est porté de 7 à 9. Dorénavant, il sera de 7 dans tous les cas.

Pour être définitives, ces modifications doivent être approuvées par le préfet de la Seine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER

Fièvres de surmenage, par le Dr RENDON. In-8°, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

777..6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 26 JEUDI 1er MARS 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissent le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 26 Jeudi 1er Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 29 *février* 1888.

Au début de cette séance de l'Académie, M. le professeur G. Sée a répondu à la note de M. Faucher, déposée dans la dernière séance par M. C. Paul. Il s'est attaché à réfuter toutes les expériences détaillées dans cette note et à montrer ou bien qu'elles étaient inexactes, ou bien qu'elles ne prouvaient rien contre la théorie. Il a surtout voulu prouver, en s'appuyant sur des expériences de M. E. Hardy et de M. Villejean, que les réactions attribuées à l'acide sulfhydrique (contenu dans les œufs pourris) étaient faussés, et que les acides minéraux seuls offraient nettement les réactions de la phloroglucine vanilline.

M. G. Sée a ajouté quelques mots au sujet de la discussion sur l'antipyrine et du cas de mort attribué à l'acétanilide et rapporté par M. le professeur Hardy. Il a rappelé la juste observation de M. Brouardel : dans ces cas de mort subite, avant d'incriminer le médicament, il faut d'abord examiner les urines, qui donneront souvent l'explication du méfait.

La discussion sur la prophylaxie de la syphilis a continué dans cette séance. M. le professeur Le Fort a terminé le discours qu'il avait commencé mardi dernier. Cette seconde partie comme la première a été nourrie de citations montrant que M. Le Fort aurait pu ne pas se borner à être un chirurgien éminent, et qu'il aurait pu facilement être un jurisconsulte aussi distingué. Sa thèse, d'ailleurs, a paru faire beaucoup d'impression sur l'Académie et sur le public très nombreux qui assistait à cette séance. Il a montré que les articles 330 et 334 du Code pénal, punissant l'un l'outrage public aux mœurs, l'autre l'excitation des mineurs à la débauche, ne répondaient en rien aux désiderata du règlement visant la répression de la prostitution, et il a proposé deux articles dans lesquels l'Académie émettrait le vœu que l'on promulguât une loi réprimant la prostitution en soumettant les prostituées à une surveillance médicale tem-

poraire et renouvelable, imposée par la seule intervention de l'autorité judiciaire.

Dans le comité secret qui a eu lieu à fin de cette séance, M. Lannelongue a lu son rapport sur les candidats au titre de correspondant national (1re division). Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Closmadeuc (de Vannes) ; en 2e ligne, M. Jouon (de Nantes) ; en 3e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Demons (de Bordeaux), Dezanneau (d'Angers), Lannelongue (de Bordeaux) et Queirel (de Marseille).

A. Ch.

Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique,

Par M. F. Balzer,
Médecin de l'hôpital de Lourcine.

Il s'agit d'un homme âgé de 29 ans, qui a contracté, au mois d'octobre 1886, une syphilis dont il fut traité par M. le Dr Lataste. La maladie a débuté par un chancre de la lèvre inférieure. Les manifestations de la syphilis ont été des plus bénignes. La roséole a disparu très rapidement. Mais, vers le mois de mai ou de juin, apparut une éruption papulo-squameuse disséminée et siégeant principalement sur le tronc. Cette éruption céda à l'emploi de l'iodure de potassium et de sodium et aux frictions d'onguent napolitain. Après sa disparition, M. Lataste s'aperçut de l'existence de lésions cutanées d'apparence atrophique que le traitement ne modifiait pas et c'est sur son conseil que le malade vint me voir au mois de janvier de cette année.

Les vergetures ou macules atrophiques, quel que soit le nom qu'on veuille leur donner, sont disposées symétriquement au-devant des épaules. Il y en a trois à gauche et deux à droite. On en voit deux autres dans le dos, à droite, atteignant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, et enfin une seule dans l'aine droite, d'une forme elliptique et plus large que les autres. Au niveau de ces macules, l'épiderme est un peu plissé ; il paraît mobile au-dessus des parties sous-jacentes ; le doigt a la sensation d'une encoche, d'une perte de substance dans le derme. Pourtant, il n'y a aucune apparence de cicatrice. Il n'y a pas de pigmentation, mais seulement un peu de rougeur.

Tous ces éléments sont arrondis ou un peu elliptiques. Tous, en résumé, à part la forme, ont un aspect très comparable à celui des vergetures.

Il convient d'ajouter qu'il s'agissait dans ce cas d'un homme habituellement bien portant et d'un embonpoint modéré qui est resté le même depuis qu'il a contracté la syphilis. Les choses ont suivi dans ce cas la même marche que dans les cas déjà publiés. A la suite d'une éruption papulo-squameuse, le malade a vu persister à la place d'un certain nombre d'éléments des dépressions d'un aspect spécial dont la permanence l'a inquiété et pour lesquelles il est venu consulter. Le fait offre ici un intérêt particulier en ce sens que les observations anciennes ne concernent que des femmes qui présentent une prédisposition bien plus grande aux vergetures.

Mon intention dans cette note est donc d'appeler encore l'attention sur ces stigmates de la syphilis, stigmates qui ne sont pas très rares. L'observation de M. Fournier, publiée par M. Nivet dans les *Annales de dermatologie*, et les deux faits que j'ai publiés à la Société des hôpitaux dans le courant de l'année dernière, en sont la preuve. La forme à peu près arrondie de ces éléments, les grandes analogies d'aspect qu'ils présentent avec les vergetures permettent de les reconnaître et il n'est pas douteux que leur rencontre ne puisse être utile, soit pour le diagnostic de syphilis méconnues, soit même peut-être en médecine légale. Je crois qu'il n'existe pas d'autre altérations cutanées, syphilitiques ou non, qui se présentent avec des caractères semblables : absence de modifications cicatricielles du côté du derme et de l'épiderme, bien que l'exploration du derme semble révéler une perte de substance.

C'est un caractère qu'on ne retrouve que pour les vergetures. La description de MM. Teissier et Ménétrier, dont j'ai pu vérifier la parfaite exactitude, a montré que la vergeture peut être définie une *solution de continuité incomplète dans les éléments de la trame conjonctivo-élastique du derme avec étirement des faisceaux non rompus et sans séparation cicatricielle consécutive*. Les influences mécaniques paraissent déterminer cette solution de continuité, mais on conçoit qu'un processus affectant les mêmes éléments puisse laisser après sa résolution une solution de continuité dans la trame conjonctivo-élastique du derme.

La papule syphilitique s'accompagne peut-être dans certains cas de lésions du tissu élastique, lésions qui se produisent de la façon la plus manifeste dans la gomme, ainsi que je l'ai démontré dans un travail sur les gommes cutanées. Peut-être aussi suffit-il que l'infiltration de cellules embryonnaires crée un *locus minoris resistentiæ* pour qu'il se produise chez certains sujets une rupture de la trame conjonctivo-élastique du derme.

Nous n'insisterons pas davantage, car il vaut mieux ne rien préjuger en l'absence de données précises; l'examen histologique peut

seul trancher la question. C'est aussi la raison qui m'a fait intituler cette observation *Vergetures ou Macules atrophiques* chez un syphilitique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *février* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

Des réactions de la phloroglucine vanilline dans le diagnostic des maladies de l'estomac. — M. *Germain Sée*, à propos du procès-verbal, répond à la note de M. Faucher présentée par M. C. Paul, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, sur la réaction de la phloroglucine. Les acides minéraux seuls présentent la réaction de la phloroglucine. L'acide chlorhydrique présentep ar suite cette réaction, l'acide lactique ne la présente pas. M. Faucher a annoncé que l'acide sulfhydrique détermine la même réaction que les acides minéraux : c'est absolument inexact. Des œufs pourris expérimentés par M. Hardy dans le laboratoire de M. Sée n'ont donné aucune réaction de la phloroglucine. L'acide sulfhydrique préparé par M. Villejean, pharmacien de l'Hôtel-Dieu, n'a donné de même rien qui ressemble à la réaction de la phloroglucine. Ces expériences détruisent donc complètement l'édifice élevé par M. Faucher. La phloroglucine a de même une action nulle sur tous les sels contenus dans le suc gastrique.

Un dernier mot à propos de la dernière séance. M. Hardy a cité un cas de mort par l'acétanilide. M. Brouardel a donné le mot de la situation : il faut, dans ces cas, examiner les urines dans lesquelles on retrouvera les réactions de l'acétanilide. Ce fait est très important au point de vue de la médecine légale.

M. *C. Paul* a dit l'autre jour que les réactions annoncées par M. Sée pouvaient offrir des causes d'erreur. Lorsque, pour s'assurer de la valeur d'un réactif, on prend un œuf frais, lorqu'on examine le liquide à froid avant de le faire bouillir, ce liquide donne une réaction absolument neutre ; quand il a bouilli, il devient très alcalin.

M. *Sée*. C'est ce que je viens de dire et ce qui est rapporté dans la note que j'ai déposée sur le bureau de l'Académie.

M. *C. Paul*. C'est déjà une cause d'erreur contre laquelle il est bon d'être prévenu. Dans le milieu stomacal où tant de choses peuvent se trouver, il faudrait un réactif à l'abri de toute cause d'erreur.

La correspondance comprend : 1° une note de M. Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille, sur six cas de syphilis contractés sur la même prostituée ; 2° un très grand nombre de

mémoires envoyés pour les concours des prix de l'Académie ; 3° un mémoire sur les symptômes et les complications de la grippe par le Dr Alison (de Baccarat) ; 5° un pli cacheté du même auteur sur le traitement de la grippe.

M. *M. Perrin* présente, de la part de M. le Dr Moty, médecin-major attaché au corps d'occupation du Tonkin, un travail sur le choléra à Phuong-Tuong pendant les années 1884 et 1885.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. le Dr Maurice Dupont, un appareil inhalateur pour l'acide fluorhydrique.

M. *le Président* annonce qu'à 4 heures et demie l'Académie se réunira en comité secret pour entendre le rapport de M. Lannelongue sur les candidats au titre de correspondant national (2e division). A la fin de la prochaine séance l'Académie se réunira également en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant (2e division).

M. le Président annonce la vacance de deux places de stagiaires aux eaux minérales ; le concours pour ces deux places aura lieu prochainement.

M. le Président déclare enfin la vacance d'une place dans la section des associés libres, en remplacement de M. Dechambre décédé.

De la prophylaxie de la syphilis. — *M. Le Fort* termine le discours qu'il avait commencé dans la précédente séance.

L'Académie me pardonnera, dit-il, ma longue intervention dans ce débat, elle se justifie par l'importance du sujet. La police s'est depuis quelques années montrée de plus en plus impuissante au sujet de la répression et de la réglementation de la prostitution. Cela ressort de toute évidence de l'examen des faits et des chiffres. Si malgré un bon vouloir évident, la Préfecture n'arrive pas à soumettre un grand nombre de filles à ses visites sanitaires, c'est qu'elle rencontre beaucoup d'obstacles et surtout des obstacles légaux. Aujourd'hui M. Le Fort veut étudier ces obstacles.

L'impuissance de l'administration tient à ce que la police ne peut agir que sur flagrant délit, or, les arrestations soulèvent en général l'indignation publique. D'autre part, M. Le Fort a montré que la police ne pouvait rien contre les cabarets, qui souvent ne sont que des maisons de prostitution déguisées. Elle a le droit d'empêcher un marchand de vins de faire servir sa clientèle par des filles qui n'appartiennent pas à sa famille, mais elle ne peut empêcher que ces marchands de vins ne fassent venir comme consommateurs des femmes qui provoqueront les clients.

Nous sommes ici unanimes pour demander la réglementation de la prostitution. En Belgique, la question qui est venue en discussion devant l'Académie de médecine était de savoir si la prostitution

serait réglementée. Il nous faut obtenir et fortifier les pouvoirs de l'administration, puisque ces pouvoirs sont insuffisants.

Dans l'état actuel de nos mœurs, l'administration ne peut s'appuyer sur des ordonnances qui datent de l'ancienne monarchie. Il y a actuellement dans le code pénal un article 334 qui punit l'excitation des mineurs à la débauche; mais cet article ne s'adresse qu'aux mineurs ; de plus, si on frappait en vertu de cet article de loi, ce serait un délit; ce ne serait plus la préfecture de police, ce serait le tribunal qui serait chargé de punir.

De plus, qu'une femme entraîne chez elle un jeune homme de 16 ans, mon fils, je suppose, qu'elle lui fasse toutes sortes de propositions, qu'elle se livre avec lui à toutes sortes d'actes, dans ce cas, on ne pourrait la condamner pour excitation d'un mineur à la débauche, parce que l'art. 334 ne vise que le proxénétisme, les intermédiaires et non ceux qui se livrent directement à la débauche. D'après un arrêt de la cour de cassation, l'art. 334 ne vise pas ceux qui, en excitant les mineurs à la débauche, n'ont pas servi d'intermédiaire et n'ont cherché que la satisfaction de leur passion.

Un père qui a des rapports avec sa fille ne tombe pas sous le coup de la loi lorsque l'inceste n'a pas été accompagné de viol. De même, un surveillant n'est pas condamnable lorsqu'il a des rapports isolément avec les jeunes filles confiées à sa garde.

Il n'y a donc rien à faire avec l'art. 334 pour armer l'administration contre la prostitution.

L'art. 330 du code pénal punit l'outrage *public* à la pudeur. Dans les maisons à femmes, la pudeur est un peu compromise, quand on voit des femmes venir exciter des mineurs à la débauche, mais ici l'acte n'est pas commis en public, il n'y a donc rien à faire. Il faut que l'acte matériel ait lieu en public : une fille sur la voie publique se livre à tous les gestes les plus expressifs, elle relève ses jupons au-dessus de ses cuisses, et par des signes et des gestes montre nettement ce qu'elle propose. On ne peut lui appliquer l'art. 330, parce que la loi ne peut punir que la matérialité du fait.

Dans les bals publics il y a des règlements spéciaux, des arrêtés municipaux, on peut arrêter, si l'on veut, une femme qui lève ses jupons jusqu'aux mollets ; mais la police ne peut rien contre ce qui se passe sur la voie publique.

Il serait donc à désirer que l'on eût une loi qui protégerait mieux la morale publique. Assurément, cette loi, on n'est pas près de l'avoir, il ne faut pas se faire d'illusion à cet égard ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas la demander.

Cela n'est pas, dira-t-on, dans les attributions de l'Académie de demander que l'on vote une loi, mais l'Académie s'est emparée de son

propre mouvement de cette question de la prostitution; demander que, sur ce sujet, on nous fasse une loi, ce n'est pas aller trop loin.

La chaire de médecine légale porte également à l'étranger le nom de chaire de jurisprudence médicale, *forensic medicine* chez les Anglais.

Les médecins doivent savoir comment fonctionnent les lois qui doivent protéger la santé publique. Il est absolument légitime que, si une législation nouvelle nous paraît nécessaire pour assurer l'exécution des règles de l'hygiène, il est de notre devoir de la demander. Nous ne sommes pas des législateurs, nous ne pouvons entrer dans le détail des articles de loi, mais nous devons formuler le principe. Nous sommes ici un peu obligés, précisément parce que nous avons soulevé la question, de demander qu'une loi soit faite. Nous ne sortirions pas de nos attributions en disant que la provocation à la prostitution doit être assimilée à un délit. Assurément il y aurait danger à ce qu'un vote de l'Académie pût résoudre d'une manière négative cette question : « La provocation à la prostitution est-elle un délit ? »

M. Le Fort soumet au vote de l'Académie l'article suivant :

« L'Académie, dans l'intérêt de la santé publique, émet le vœu qu'une loi spéciale sur la prostitution règle et fortifie les pouvoirs de l'administration et lui permette d'atteindre et de réprimer la provocation partout où elle se produit. »

Il est un autre sujet qui, celui-ci, divise complètement l'Académie et sur lequel M. Le Fort regrette de ne pas pouvoir faire de concession. Nous voulons autant que possible supprimer tous les obstacles. Mais nous voulons aussi montrer quels obstacles empêchent la police d'employer même les armes qu'elle peut avoir dans la main.

Le commissaire interrogateur se met en présence d'une fille qu'il croit pouvoir inscrire. C'est là une responsabilité considérable. Lorsqu'un chef de bureau des mœurs se trouve dans cette situation, il lui est vraiment pénible de vouer définitivement cette fille à la prostitution.

A côté de ces obstacles moraux, il y en a d'autres. Lorsque la police se sent en but à l'animadvertion de tous, lorsqu'elle sent que ses pouvoirs sont précaires, elle cherche à agir le moins possible.

M. Le Fort propose une seconde conclusion qui porterait le n° 5 des articles de la commission :

« L'Académie estime que la sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale et émet en outre le vœu :

1° Que la surveillance dont il s'agit soit temporaire et renouvelable.

2° Que si elle n'est pas consentie par la fille qui en est l'objet, elle

ne puisse lui être imposée que par l'intervention de l'autorité judiciaire. »

M. Le Fort a voulu s'entourer de garanties, il a consulté un de nos magistrats les plus éminents. C'est lui-même qui a libellé ces conclusions.

Ce que M. Le Fort demande, c'est l'attribution aux pouvoirs judiciaires d'une partie des pouvoirs de la préfecture de police, qui sera alors beaucoup plus libre d'intervenir. M. Le Fort ne demande pas que l'inscription sur la liste des prostituées soit définitive. Les filles peuvent se faire rayer de la liste des prostituées lorsqu'elles prouvent qu'elles ont les moyens de vivre. Les filles sauront qu'au bout d'un temps déterminé elles pourront redevenir libres et se débarrasser d'un fardeau qui pèse sur les épaules de beaucoup.

Le renouvellement de l'inscription, en admettant que la fille s'y refuse, par qui doit-il être décidé? Cela ne nous regarde pas. Il ne faut pas supprimer l'inscription volontaire. Le livre de M. Lacour contient des faits étonnants. C'est le fait d'une femme mariée qui vient avec son mari se faire inscrire sur la liste des prostituées pour pouvoir apporter ainsi quelque argent dans le ménage, C'est une jeune fille qui vient avec son fiancé se faire inscrire pour gagner l'argent nécessaire à leur établissement. Quand on peut pénétrer dans les secrets de la préfecture de police, il faut être prêt à toutes les surprises, mais je n'insiste pas.

Quel est le mécanisme actuel de l'inscription imposée à la fille? Une fille envoyée au dépôt de la préfecture comparaît le lendemain devant le commissaire enquêteur; celui-ci, après avoir pris les garanties nécessaires, met la femme en carte. On peut dire que, d'une façon générale, l'inscription n'est faite par la préfecture de police que pour les filles qui sont absolument perdues. Mais cet agent qui arrête une fille peut lui en vouloir pour une cause quelconque et faire mettre en carte une fille qui ne le mérite réellement pas. Il est exorbitant que ce pouvoir soit laissé à un individu agissant de son autorité privée et agissant sans contrôle.

La conférence Molé-Tocqueville, qui a discuté cette question en 1878-1879, renvoyait les prostituées devant le tribunal correctionnel. M. Brouardel dit que jamais un tribunal ne pourra condamner une fille à une peine immorale, à la prostitution. Mais le tribunal ne condamnera pas une fille à se prostituer : il la condamnera seulement à la surveillance médicale pendant un temps défini. Si d'ailleurs la chose est immorale, l'immoralité ne cesse pas quand c'est la police qui la prescrit.

L'objection de M. Brouardel devient plus puissante lorsqu'il s'agit d'inscrire des mineures sur la liste de prostituées.

D'après le projet de la conférence Molé, les mineures ne pourraient être inscrites : elles seraient placées dans des maisons de correction. Cela ne nous regarde pas : tout ce que nous pouvons demander c'est qu'elles ne propagent pas la syphilis.

Si on coupe de temps en temps la tête d'un individu, ce n'est assurément pas pour l'améliorer, c'est pour empêcher les autres d'en faire autant. De même l'inscription sur la liste des prostituées pourra empêcher un certain nombre d'autres filles de se livrer à la débauche.

M. Brouardel dit qu'il faudra créer de nouvelles chambres de tribunal pour juger les nombreuses filles qui seront amenées devant lui. Or, cette besogne est faite actuellement par un seul commissaire enquêteur, et il y a Paris 95 juges. M. Le Fort ne demande que le tribunal de simple police, où il n'y a qu'un juge, pour examiner ces délits. D'ailleurs, actuellement, c'est devant un seul homme qu'est renvoyé l'examen des femmes arrêtées.

La loi anglaise, à laquelle M. Le Fort a fait de nombreuses allusions, a existé pendant vingt ans, et a rendu de réels services. Elle a succombé devant une coalition de femmes et de pasteurs protestants. On a prétendu que la vérole étant d'institution divine, il ne fallait pas songer à la réprimer. En France, nos mœurs et nos idées sont différentes; nous ne pouvons être arrêtés ici par la crainte de Dieu et de la vérole.

Que demande M. Lé Fort : une fille est arrêtée sur la voie publique ou chez elle, selon qu'il y a ou non flagrant délit ; cette fille est traduite devant le tribunal ; elle accepte l'inscription dans la plupart des cas. Si elle refuse l'inscription, elle est renvoyée devant le tribunal de simple police, composé d'un seul juge devant lequel le rôle du ministère public est rempli par un commissaire de police. Si la femme se défend, s'il y a doute, on fera comparaître des témoins de part et d'autre, et il n'y aura rien à objecter à la décision prise.

M. Brouardel a apporté une dernière objection : les agents seront rapidement brûlés. Mais on pourrait en dire autant pour la recherche de tous les délits et de tous les crimes. D'autre part, nous savons bien que les agents des mœurs ne sont pas recrutés dans l'élite de la population, et il faut se garer contre des sévices qui ne seraient pas toujours justifiés.

En somme, le but de M. Le Fort, qui doit être celui de toute l'Académie, est de régulariser et d'affermir les pouvoirs de la police dans la répression de la prostitution.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

LA PROSTITUTION DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, par le Dr *O. Commenge*, médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité, in-8, 38 p. Paris Asselin et Houzeau, 1888.

Nous avons déja publié les conclusions auxquelles est arrivée, après une longue discussion, l'Académie de médecine de Belgique. Il ne nous paraît pas inutile de les reproduire ici, cette question étant aussi actuelle que possible.

« 1° L'Académie estime que la réglementation de la prostitution est nécessaire pour restreindre la propagation des maladies vénériennes.

2° La prostitution qui s'affiche dans les rues, les promenades et les lieux publics étant la cause la plus puissante de la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques, doit être interdite.

3° Les femmes qui seront convaincues de se livrer habituellement à la débauche seront inscrites et soumises aux visites sanitaires.

4° Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent, dans toutes les circonstances et partout, protéger l'honneur et la dignité des personnes.

5° L'Académie royale de médecine de Belgique estime que les visites sanitaires, fréquentes et convenablement appliquées, constituent le moyen le plus efficace pour arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques. »

Cette discussion a occupé une bonne partie des séances de l'Académie du 31 juillet 1886 au 29 octobre 1887, jour où les articles ci-dessus ont été votés. Le Dr Commenge, dans une brochure qui est la reproduction d'articles parus dans un journal de médecine, a résumé les principaux points de cette intéressante discussion. Cette publication vient absolument à son heure, alors que notre Académie et nos journaux de médecine menacent de retentir pendant bien des semaines des débats que cette question ne peut manquer de soulever. Nous avons déjà reproduit longuement les trois séances que l'Académie a consacrées à la lecture et à la discussion du rapport de M. Fournier, parce que cette question est une de celles auxquelles s'intéressent tous nos confrères et, d'autre part, la lecture du travail de notre confrère Commenge donnera un avant-goût des discussions qui doivent avoir lieu chez nous et des conclusions auxquelles arriveront nos académiciens. En effet les conclusions de l'Académie de Bruxelles étant conformes à la saine justice et au droit commun ne peuvent manquer d'être adoptées chez nous avec de légères modifications dans la forme,

La principale différence, s'il en existe entre les deux rédactions,

viendra sans doute de la nécessité, à Paris, de restreindre les pouvoirs exorbitants de notre préfecture de police, pouvoirs qui ne tirent guère leur origine que de leur propre volonté et qui sont aussi contraires à l'esprit de nos lois qu'à l'état actuel de nos institutions.

Résumer après M. Commenge cette discussion de l'Académie de Bruxelles serait superflu, d'autant plus que, dans les comptes rendus des séances de la rue des Saints-Pères, que nous reproduirons avec soin, cette discussion et cette brochure seront souvent citées.

Disons seulement que, dans ce très intéressant travail, le Dr Commenge ne s'est pas borné à un simple résumé des discussions qui ont eu lieu à Bruxelles, il y a joint une note personnelle à laquelle donnent un grand poids son expérience dans la matière et ses fonctions de médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité publique.

A. CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Avis aux candidats à l'internat.* — Aux termes du règlement sur le service de santé, les candidats de l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires m'en exercer les fonctions que s'ils ne se sont fait de nouveau recevoir externes.

A la suite du dernier concours, plusieurs externes de troisième année classés au nombre des internes provisoires avaient négligé de se présenter au concours de l'externat et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires.

L'administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires ci-dessus rappelées étaient généralement mal connues, a bien voulue à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée et désormais les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE. — Les docteurs en médecine exerçant la profession de dentiste viennent d'adresser la pétition suivante aux membres de la Commission parlementaire chargée d'examiner le projet de revision de la loi sur l'exercice de la médecine et aux ministres chargés de défendre le projet du Gouvernement.

« Les médecins soussignés, adonnés à l'étude et à la pratique de la *stomatologie (maladies de la bouche, profession de dentiste)* désirent formuler quelques observations au sujet des projets de lois en préparation sur l'exercice de la médecine, en ce qui concerne la rédaction des articles relatifs à l'exercice de la profession de dentiste.

Ces observations se résument dans les conclusions suivantes :

1° Les soussignés adoptent d'une manière complète la rédaction de l'article 6 du projet du Gouvernement qui exige, pour l'exercice de la profession de dentiste, le diplôme de docteur en médecine ou celui d'officier de santé au même titre que pour tout autre spécialité médicale ou chirurgicale, *ophtalmologie*, *dermatologie*, *syphiliographie*, etc.

2° Ils protestent contre toute mesure tendant à la création d'un diplôme spécial de dentiste, nécessairement inférieur aux précédents, et dès lors incapable de sauvegarder les intérêts moraux et scientifiques de leur spécialité, aussi bien que la sécurité des malades.

3° Les soussignés s'appuient pour soutenir leur opinion sur des témoignages conformes, en même temps que sur des considérations historiques et critiques contenues dans des notes et documents annexés à la pétition.

4° Les soussignés se tiennent en outre entièrement à la disposition de MM. les membres de la Commission parlementaire et de MM. les ministres pour discuter, développer et défendre leur manière de voir. »

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le deuxième numéro de la *Revue illustrée de polytechnique médicale et de chirurgie orthopédique*, revue mensuelle publiée à Paris sous la direction de nos confrères Albert Leblond et R. Chenet. Nos meilleurs souhaits à ce nouveau confrère.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons reçu les premiers numéros d'un excellent journal publié à Londres sous ce titre : *Baby*. Dans le troisième numéro, celui de février, nous remarquons une correspondance de Paris signée : Mme E. Vaquelin, pseudonyme qui nous paraît cacher le nom d'une charmante femme, Anglaise d'origine, mais qui a été une élève distinguée de notre Faculté de médecine et qui est pour longtemps au moins fixée parmi nous.

Dans cette lettre, Mme E. Vaquelin compare l'éducation des enfants à Londres et à Paris. Elle nous a fait à ce sujet des reproches justifiés. Nos enfants se couchent trop tard, ne prennent pas assez de bains, boivent trop de vin et couchent trop nombreux dans des chambres trop étroites. En revanche, elle trouve que la layette de nos bébés est mieux comprise que celle des Anglais. Elle loue de même les résultats obtenus chez nous par la couveuse et le gavage du professeur Tarnier, que le journal anglais appelle par erreur Farmer.

Ce journal est un guide complet à l'usage des mères pour tout ce qui concerne la santé, l'habillement, la nourriture et l'éducation des enfants. Le dernier numéro contient même deux pages de musique : chanson pour enfants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Émile LECROSNIER

Fièvres de surmenage, par le Dr RENDON. In-8°, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

...ENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 27 SAMEDI 3 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[DE]LAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 27 3 Samedi Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

—

II

De l'antisepsie vaginale. — Traitement palliatif du cancer utérin.

Les opérations que l'on peut opposer au cancer utérin, qu'elles soient radicales comme l'hystérectomie totale, et pour certains auteurs, la résection partielle du col, ne peuvent être tentées que sous la condition expresse d'être faites antiseptiquement. Si l'hystérectomie, opération française, avait été abandonnée complètement, si l'étranger seulement avait osé nous l'emprunter avant que Demons soit venu de nouveau la présenter à la Société de chirurgie, c'est qu'elle avait été considérée comme toujours, sauf de rares exceptions fatalement mortelle ; si aujourd'hui elle a réapparu dans la chirurgie actuelle, si elle a donné des résultats qui permettent d'espérer qu'elle pourra encore donner mieux (1), c'est qu'on a su la faire dans un milieu aseptique.

Cette condition qui semble facile à obtenir n'a pourtant été réalisée que dans ces dernières années ; et le temps n'est pas loin où le vagin, l'utérus étaient des foyers d'impureté qui rendaient impossibles, ou tout au moins très graves, toute intervention, fût-elle minime, ayant pour siège les organes génitaux de la femme.

La propreté vaginale et utérine est une conquête et une des plus belles conquêtes des temps modernes.

Grâce à elle, la gynécologie est devenue chirurgicale et effective. Les accoucheurs l'ont bien compris quand ils ont emprunté les procédés antiseptiques aux chirurgiens et ils n'ont réellement existé,

(1) Une erreur typographique, m'a fait, dans le premier article, attribuer à cette opération une mortalité de 4 pour cent. Plaise à Dieu qu'il en soit ainsi. Et plus loin, on a pu retrouver le chiffre réel 14 pour cent, chiffre peut-être un peu atténué. Il vaudrait mieux dire 20 pour cent.

au point de vue des services qu'ils pouvaient rendre, que du jour qu'ils ont employé les procédés que nous leur avons indiqués.

En effet, toute opération, toute intervention, tout traumatisme ayant pour siège le vagin et l'utérus doit être précédé et suivi de la désinfection et de la désinfection attentive et complète de ces régions profondes et prédisposées de par leur structure, leurs sécrétions, leur température, leurs fonctions, leurs relations anatomiques à être d'excellents milieux de culture pour les micro-organismes septiques. Les lymphatiques y sont nombreux, et tous se rendent dans le petit bassin, au ligament large, au niveau de l'angle sacro-vertébral; la moindre irritation septique partie du col de l'utérus peut se propager et entraîner la mort, soit par lymphangite amenant un phlegmon septique du ligament large, une pelvi-arthrite plus ou moins grave, soit par propagation directe de la muqueuse utérine à la muqueuse de la trompe, et déterminant les pelvi-péritonites anciennes, les salpyngites, les pyosalpyngites, dont le pronostic, hélas! est fait avant qu'on ait encore établi leur pathogénie et leur histoire complète.

Disons pourtant que la chirurgie peut les atteindre et que les faits sont déjà assez nombreux pour qu'on puisse affirmer que l'on pourra encore intervenir plus efficacement le jour où on connaîtra mieux leur histoire.

C'est donc contre ces dangers très redoutables que doit se prémunir le médecin, c'est lui qui doit les prévenir, et c'est à lui qu'en incombe la plupart du temps le soin, même lorsqu'il a remis la responsabilité de l'opération à un chirurgien.

Avant toute opération, les jours qui la précéderont, on doit assurer l'asepsie vaginale. Celle-ci devra être absolue, qu'il s'agisse d'un accouchement normal, ou d'un accouchement difficile, qu'il s'agisse de soigner une métrite simple, ou un cancer de l'utérus, qu'il s'agisse d'enlever un polype ou d'enlever un utérus. Toutes ces opérations, depuis les plus simples, cathétérisme utérin, qu'autrefois on n'osait faire qu'en tremblant et avec juste raison, les faits le démontraient, jusqu'aux plus graves comme l'hystérectomie qu'on avait abandonnée, sont devenues usuelles, générales et cela grâce à l'antisepsie vaginale.

Celle-ci ne s'obtient qu'au bout de quelques jours, pendant lesquels les soins auront été continus et méthodiques. Il ne faut pas croire, comme malheureusement quelques médecins le font encore, qu'il suffit de faire une injection antiseptique pour être rassuré.

C'est une faute et une faute plus grande encore de faire une antisepsie incomplète qui semble autoriser les audaces et par suite expose à de plus grands dangers. Il faut savoir que, pour être effec-

tive, l'asepsie doit être absolue, ou elle n'existe pas. On ne peut pas, si l'on comprend bien ce que c'est qué l'antisepsie, être à peu près complet. La moindre faute devient un crime et les patients y succombent. Une précaution négligée est pour la victime une question de vie ou de mort. Il faut être bien persuadé de cette vérité si l'on veut entreprendre ce que maintenant, quand on est convaincu de ses moyens d'action et de ses précautions complètes, on est autorisé à tenter.

Les divers liquides employés dans la pratique chirurgicale courante ont été essayés pour obtenir l'antisepsie vaginale, l'acide phénique, l'acide borique, le bichlorure ou le biiodure de mercure, etc., puis, tous n'ont pas été également efficaces ou tout au moins quelques-uns d'entre eux ont présenté des inconvénients qui les ont fait rejeter. L'acide borique présente un pouvoir désinfectant trop peu énergique ; il ne se dissout qu'en faible proportion et il ne donne qu'une sécurité incomplète.

Peut-être sera-t-il permis de l'employer dans l'état normal, c'est-à-dire comme lavage journalier, lorsqu'il ne sera pas nécessaire d'intervenir. Il servira plutôt à des soins de propreté de chaque jour que comme un moyen de prophylaxie dans les cas où on aura à intervenir d'une façon chirurgicale.

L'acide phénique, qui a été un des premiers antiseptiques employés et dont la puissance n'est pas encore battue en brèche, serait encore l'antiseptique de choix, s'il n'avait des inconvénients. Pour agir efficacement, il faut employer la solution forte 40 p. 1000. Or, on sait qu'à cette dose il devient caustique, on sait d'autre part combien est excessivement sensible la muqueuse utérine et vaginale, et les faits sont venus démontrer que l'on s'exposait en l'employant à produire des cuissons, des douleurs désagréables, souvent même très douloureuses, qu'il provoquait un érythème interne dans bien des cas, et les malades à bon droit refusaient de continuer son emploi. Aussi est-il rejeté par presque tous les chirurgiens.

Restaient les solutions hydrargyriques dont le seul danger est la toxicité. Mais les parois du vagin absorbent peu ou plutôt n'absorbent pas, les dangers d'intoxication sont donc bien minimes; si l'on a eu des accidents et s'ils ont été signalés par les auteurs, ou on avait employé des solutions trop fortes, ou on ne s'était pas contenté de lavages vaginaux et on avait fait des injections intra-utérines.

En effet, les accoucheurs au début, — actuellement les moyens sont mieux réglés, — faisaient après tout accouchement des injections intra-utérines de solution de sublimé. Il est facile de comprendre que les conditions étaient bien différentes. La solution était projetée sur une autre surface absorbante, surface placentaire. Quelque peu

de liquide pouvait rester retenu dans l'utérus et les phénomènes d'intoxication se produisaient.

Dans les cas où il est nécessaire de faire des lavages intra-utérins et surtout lorsqu'il existera dans l'utérus une plaie dont la puissance d'absorption est notable, il faudra n'avoir recours qu'à des solutions faibles, surtout de bichlorure. Les Allemands emploient, dans toute occasion, une solution de liqueur de Van Swieten étendue de 4 ou 5 fois son volume d'eau; on voit combien faible est la solution. Sans être aussi timoré, il faut se rappeler que toute injection intra-utérine doit être faite avec une solution faible, et qu'il faut avoir grand soin de donner issue à tout le liquide injecté. Une solution au tiers de liqueur de Van Swieten employée dans ces conditions sera suffisante et inoffensive, je le répète, si on a soin que tout le liquide injecté soit évacué.

Pour les injections vaginales, il n'en sera plus de même et on pourra hardiment employer la liqueur de Van Swieten pure; on pourra faire un lavage complet répété plusieurs fois par jour sans qu'il en résulte d'accident. On pourra dans les mêmes conditions employer le biiodure, moins toxique mais peut-être aussi moins énergique.

Il ne faudra pas, lorsqu'on doit intervenir sur l'utérus ou sur le vagin, se fier aux malades pour obtenir un lavage complet. Les femmes savent mal se donner une injection. En temps ordinaire une injection boriquée peut suffire à entretenir le vagin propre, mais lorsqu'une opération doit avoir lieu, elles deviennent insuffisantes. C'est le médecin qui doit lui-même, s'agit-il d'un accouchement, d'une opération, faire les injections. Il devra les répéter deux fois par jour et cela pendant pendant les 4 ou 5 jours qui précédent soit l'accouchement, soit l'opération. Les injections doivent être faites avec l'aide du spéculum, le jet du liquide antiseptique doit être projeté dans les culs-de-sac, sur les parois du vagin, et un spéculum ajouré, quel que soit le modèle choisi, sera dans ces cas nécessaire. Avec une éponge montée ou mieux, — car on n'est jamais sûr de ses éponges, — avec des tampons d'ouate trempés dans la liqueur de Van Swieten, on nettoiera attentivement, les culs-de-sac et le col utérin, enlevant l'urine qui s'y montre et entraînant des parois vaginales les sécrétions qui y adhèrent. Ce n'est, je le répète, qu'au bout de 4 ou 5 jours, et, si le temps le permet, pour plus de sécurité, au bout de 8 ou 10 jours de ce traitement prophylactique qu'une intervention, quelle que minime qu'elle soit, ne serait-ce qu'un cathétérisme utérin, pourra être faite avec toutes les garanties de sûreté nécessaires.

Dans l'intervalle des injections et des lavages, le vagin doit être fermé à toute introduction étrangère, c'est au tampon qu'il faut

avoir recours, au tampon d'ouate laissé à demeure, et que le médecin doit retirer lui-même, lorsqu'il revient faire le lavage vaginal.

L'ouate seule ne suffit pas, il faut lui ajouter un élément antiseptique qui maintient ainsi le résultat obtenu par l'injection. Il n'y a qu'un corps qui soit éminemment antiseptique, auquel il faille avoir recours dans toute désinfection des cavités, c'est l'iodoforme en poudre. Il faudra donc maintenir un tampon fait d'ouate iodoformée en contact avec le col utérin et fermant l'orifice vaginal; il devra rester ainsi constamment dans le vagin nuit et jour. Aucun autre inconvénient n'en résultera que l'odeur que ne peuvent supporter certaines femmes. Il faut leur faire dès lors envisager son utilité et combien est peu de chose cette odeur relativement à la sécurité qu'elles en retireront. Il est bien rare que, devant les dangers qu'on leur démontre, les malades n'acceptent pas ce léger inconvénient. Quoi qu'il en soit on pourra tenter la désinfection de l'iodoforme avec le café en poudre, la fève tonka, etc.. Que si il est impossible d'obtenir malgré ces procédés de voir accepter l'iodoforme, on pourra avoir recours à des désinfectants beaucoup moins énergiques, tels que l'iodol, le salol, le sous-nitrate de bismuth, dont l'action, surtout celle de ce dernier, est beaucoup moins grande.

Lorsque l'opération est faite, les moyens antiseptiques devront être continués avec le même soin jusqu'à cicatrisation complète.

Après l'hystérectomie totale, les pinces de Richelot seront laissées à demeure pendant 36 ou 48 heures, le vagin, soigneusement rempli de tampons iodoformés, sera maintenu fermé par une compresse de gaze iodoformée appliquée sur la vulve. Les tampons pourront être laissés à demeure pendant 3 ou 4 jours sans qu'il en résulte d'inconvénient pour la malade et lorsque, à ce moment, il sera nécessaire de les enlever, on pourra constater qu'ils n'exhalent aucune odeur.

Au moment où on les enlèvera, il faudra avoir soin de faire un lavage attentif non forcé de toute la cavité vaginale, la canule sera conduite sur le doigt et promenée dans le vagin. D'une façon générale disons que la canule doit être elle-même soigneusement conservée dans la solution de sublimé, et qu'elle devra subir les mêmes épreuves que l'on fait subir aux tubes à drainage. Que si on exerce dans un hôpital, la même canule ne peut servir à plusieurs malades ; elles doivent conserver leurs canules à leur lit, plongées dans la liqueur de Van Swieten ; sinon pas d'antisepsie possible et dangers depuis longtemps signalés de contagion.

Après l'accouchement le tampon iodoformé intra-vaginal sera inutile dans la plupart des cas, et les mouvements qu'il serait nécessaire d'imprimer à la nouvelle accouchée pour appliquer le spéculum font

que le chirurgien se contente le plus souvent d'appliquer à l'entrée de la vulve une compresse de gaze iodoformée que la femme change lorsqu'elle a besoin d'uriner. Mais après toute intervention profonde, c'est au tampon iodoformé que l'on doit avoir recours.

Je le répète, quelle que soit l'intervention, il faut au préalable faire l'antisepsie vaginale, et si j'insiste, c'est que je n'y reviendrai pas lorsque je m'occuperai du traitement de diverses affections utérines que nous aurons à passer en revue. Il est entendu d'ores et déjà qu'avant, pendant comme après toute opération, l'antisepsie vaginale doit être parfaite, que sans elle pas d'opération possible permise ; que sans elle les plus grands dangers menacent la patiente, n'aurait-on fait que le cathétérisme utérin.

Lorsque le cancer utérin est inopérable, qu'il n'est accompagné d'aucune complication contre laquelle des moyens urgents soient indiqués, c'est l'antisepsie qui est le meilleur, j'aurais presque dit l'unique traitement.

Grâce à elle, suppression de l'ichor septique, impossibilité de la stagnation et de la résorption de cet écoulement infect qui empoisonne la malade, diminution des dangers des hémorrhagies par le fait même de la suppression de la septicité vaginale ; suppression, si l'antisepsie est bien faite, de l'odeur repoussante attachée aux malheureuses atteintes de cancer étendu.

Si l'on ajoute à ces moyens locaux les soins ayant trait à l'état fonctionnel des organes en rapport avec l'utérus, légers laxatifs ou lavements légèrement purgatifs pour empêcher la constipation si fréquente, les diurétiques pour faciliter la sécrétion urinaire, dans quelques cas, la morphine sous forme d'injections pour calmer les crises de douleur, on peut prolonger les pauvres femmes ou tout au moins, dans nombre de cas, leur rendre la vie à peu près supportable jusqu'au moment où la généralisation ganglionnaire, l'inversion par compression urétrale, la cachexie inévitable vient terminer la scène.

Les complications du cancer utérin inopérable pouvant entraîner une mort rapide et auxquelles le chirurgien peut remédier sont les hémorrhagies abondantes ou répétées, les douleurs vives, les phénomènes de compression de voisinage. Nous verrons dans le prochain article quels sont les moyens à employer pour remédier à ces périls immédiats et parfois mortels. Dr F. VERCHÈRE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 février 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

MALADIE KYSTIQUE DE LA MAMELLE. — M. *Terrillon.* Je vais ajouter quelques détails sur les deux malades dont j'ai parlé. La première

malade dont j'ai parlé n'a pas de ganglions, mais a une dilatation des veines, fait signalé par A. Cooper et Brodie.

Pour la seconde malade, je dirai que la maladie remonte à dix ans et non à trois ans : elle ne présentait pas de ganglions, mais l'année dernière, au mois de décembre, elle avait un petit ganglion à droite.

M. *Reclus*. Je laisse de côté la partie anatomo-pathologique pour laquelle je ne suis pas compétent. Je dirai que les examens de M. Brissaud et de M. Quénu sont semblables; l'interprétation seule diffère; je dois dire que l'interprétation de M. Brissaud me séduirait davantage à cause de l'analogie avec la maladie kystique du rein, du testicule, etc.

Le diagnostic présente des difficultés : on confond surtout non avec les fibro-adénomes, mais avec le cancer, car dans le plus grand nombre des cas, on sent une grosseur unique enchâssée dans le sein, ne roulant pas sous le doigt et on sent difficilement les petits grains périphériques.

Il faut une attention extrême et la ponction exploratrice pour faire le diagnostic.

M. Reynier croit qu'on pourrait le confondre avec les fibromes multiples doubles, même après la ponction, à cause des géodes.

Il y a une observation de M. Terrier présentée à la Société anatomique où on avait diagnostiqué une maladie kystique et il s'agissait de fibromes, et une autre d'un autre auteur où la même erreur avait été commise. Mais dans les fibromes il n'y a pas les tumeurs multiples et l'aspect grenu particulier. La ponction n'a été faite dans aucun de ces cas.

Dans le cas de M. Reynier, la ponction aurait fixé la question, car dans la maladie kystique les ponctions en nombre suffisant font disparaître la tumeur.

M. Tillaux admet l'existence de la maladie kystique, mais il croit qu'elle doit ressembler à la maladie noueuse de la mamelle, décrite par lui et par Phocas.

Je répondrai que, dans une catégorie de faits publiés par Phocas, on trouve une ou deux tumeurs sanguines inflammatoires dans un seul sein. Dans les trois observations qui constituent l'autre catégorie, on trouve la bilatéralité des lésions, on sent une foule de petits grains : mais je dirai que, dans ces trois observations, il n'y a pas eu de ponction : or, ce n'est qu'elle qui permet souvent de juger de l'état liquide ou solide. D'un autre côté, M. Phocas n'a jamais eu de pièce entre les mains pour permettre de juger la question.

MM. Tillaux et Phocas ont ajouté un argument nouveau, car la maladie noueuse disparaît par la compression qui ne fait rien à la maladie kystique. Or, dans les trois cas que je viens de citer, l'ob-

servation montre que les tumeurs résistaient. D'un autre côté, M. Manoury a montré que les kystes même les plus gros, peuvent s'affaisser spontanément.

Quant au traitement il est difficile. J'ai passé par deux périodes : dans une première période, j'ai enlevé les tumeurs comme des cancers,

Plus tard, après les examens de M. Brissaud et de M. Malassez, qui montrent que cela pouvait devenir des cancers, j'ai continué à les énucléer.

Depuis, des observations montrant que la maladie mettant un très long temps à évoluer, j'ai une tendance à suivre en partie la pratique indiquée par M. Terrier, c'est-à-dire à temporiser quand il s'agit de jeunes femmes ; quand il s'agit de vieilles filles ou femmes de 40 ou 45 ans, je n'hésite pas à proposer l'ablation : car la maladie peut devenir grave et se transformer en cancer.

Je crois même qu'une pièce que j'ai présentée à la Société anatomique, et provenant d'une opération faite par M. Verneuil, serait démonstrative à cet égard : car M. Cornil, qui avait examiné la pièce que j'avais donnée comme exclusivement kystique, trouva qu'elle contenait des points plus que suspects.

M. *Verneuil*. J'ai vu un grand nombre de ces tumeurs : j'ai présenté à la Société anatomique, quand j'étais prosecteur, une pièce de maladie kystique. Plus tard, j'ai vu qu'il s'agissait de ces tumeurs qu'on ne pouvait pas confondre avec les cancers : ça pourrait être confondu avec les fibro-adénomes ou avec les kystes caverneux de la mamelle. Je n'ai pas vu ces tumeurs prendre l'aspect ni la tournure du cancer.

J'ai vu pendant longtemps une jeune fille ayant deux énormes seins que j'hésitai à enlever. Je l'ai traitée par la compression et les préparations arsénicales, les deux seins sont revenus à l'état normal, et cependant, c'était non de la mammite chronique, mais de la maladie kystique.

J'ai deux cas d'extirpation d'une mamelle chez des dames dont l'autre sein fut pris ultérieurement : je n'opère pas ces malades parce que, dans les deux cas, la maladie évolue lentement,

Pour le traitement, j'arrive donc à la même conclusion que M. Reclus.

M. *Trélat*. Dans les cas types observés par M. Reclus, il s'agit de kystes et pas de tumeurs, et dans ce cas, comme cela ne peut être un épithéliome, je crois qu'il faut s'abstenir ; mais si, après les ponctions suffisantes, il reste un noyau induré, il serait temps d'intervenir.

Le fait capital sur lequel on a insisté, c'est l'existence de tumeurs dures, et qui sont, en réalité, liquides.

Je ne crois pas que cette affection soit une espèce nosologique vraie. Je suis d'avis qu'il y a des kystes acineux qui peuvent en imposer pour des tumeurs fibreuses : appelons-les kystes acineux et bornons-nous à l'appellation clinique, et au point de vue du traitement, faisons l'évacuation simple sans opération et la compression.

Quand il y a un substratum, on doit opérer.

M. *Richelot.* Il me semble que, dans beaucoup de cas, on a trop de tendance à diagnostiquer maladie kystique et non fibrome kystique. Cependant j'ai opéré une jeune femme pour un fibrome kystique peu volumineux, que j'ai considéré encore après l'opération comme fibrome kystique à l'œil nu; depuis, je me suis demandé si ce n'était pas une maladie kystique, car plus tard la jeune femme est venue me voir avec une tumeur dans le sein opéré et une autre, grenue et bosselée, dans l'autre sein.

M. *Quenu.* La distinction faite par M. Trélat répond bien mieux aux données cliniques; il y a une maladie kystique simple et des tumeurs kystiques.

Je ne m'occuperai que de la première, et dans ce cas, si vous considérez la tumeur comme un épithélioma, il faut l'enlever et non tergiverser, comme le fait M. Reclus : il faut être logique.

S'il s'agit d'un épithélioma, il s'agit d'un épithélioma diffus et double, ce qui me paraît bien surprenant : j'aime mieux considérer la tumeur comme une cirrhose épithéliale.

M. *Reclus.* La maladie est peut-être plus fréquente qu'on ne croit, puisque les vingt-cinq cas cités dans la thèse de mon élève n'appartiennent qu'à quatre auteurs.

M. Quenu me reproche de n'être pas logique : c'est parce que les histologistes ne sont pas d'accord; c'est pourquoi je fais une cote mal taillée. Je propose l'ablation seulement chez les femmes âgées.

La question clinique me paraît résolue, la question anatomique ne l'est pas.

Ostéotomie supra-condylienne pour genu valgum, par M. *Doyen* (de Reims). Rapport. — M. *Schwartz.* Homme de 35 ans, atteint, depuis l'âge de 19 ans, d'un double genu valgum. Les deux malléoles sont éloignés de 30 centimètres.

Il fit l'ostéotomie de Mac Owen en août 1886. Pansement antiseptique. Repos pendant cinquante jours. Il marchait après soixante jours.

Les faits de ce genre sont devenus journaliers. M. Doyen fait suivre cette observation de cette réflexion : qu'il ne faut pas opérer s'il y a un relâchement de ligaments.

Le rapporteur ne le croit pas, parce que le repos après l'opération peut suffire à guérir le laxité articulaire. Plus tard des appareils peuvent être appliqués.

FRACTURE BIMALLÉOLAIRE VICIEUSEMENT CONSOLIDÉE. OSTÉOTOMIE, par M. *Doyen* (de Reims). RAPPORT. — M. *Schwartz*. Homme de 47 ans, atteint, en décembre 1885, de fracture bimalléolaire.

Onze mois après il est vu avec une déviation du pied en dehors. Opération consistant en une arthrotomie, enlevant un copeau circulaire, comprenant une partie de la surface articulaire et de la malléole externe, puis le péroné fut sectionné et le redressement fut fait. Soixante-cinq jours après, le malade commençait à marcher.

Actuellement le malade marche bien, la flexion du pied est imparfaite.

M. Doyen avait auparavant opéré de la même manière un homme de 60 ans.

Le rapporteur pense que M. Doyen eût mieux fait de commencer par la section de péroné seul, car on peut toujours recourir, si cela ne suffit pas, à l'ostéotomie tibiale et à l'arthrotomie.

Quand la fracture est relativement récente, on peut se borner à faire l'ostéoclasie manuelle.

DRAINAGE CAPILLAIRE DU PÉRITOINE APRÈS LA LAPAROTOMIE. — M. *Pozzi*. Je fais le drainage dans le cas d'imminence d'une hémostase péritonéale et dans le cas d'imminence de suintement ichoreux infectant.

Dans ce cas, le drainage a été accepté par presque tous. On le fait avec le tube en verre, en caoutchouc, etc. Il est insuffisant, car il reste presque toujours des parties non drainées.

C'est pourquoi quelques gynécologistes ont proposé des mèches de gaze iodoformée. On l'a fait d'abord un peu timidement, puis Mikulicz a proposé le procédé suivant : dans le cas où le drainage paraît indiqué, il n'hésite pas à mettre dans le petit bassin un sac de gaze iodoformée bourré de gaze iodoformée ; j'ai appliqué ce procédé dans trois cas.

1° Dans un cas de kyste intra-ligamenteux; il y avait un suintement abondant; je n'ai pu faire l'hémostase complète, je mis une série de bandelettes de gaze iodoformée bourrant la cavité du petit bassin.

Les suites furent très heureuses.

Je retirai peu à peu les bandelettes.

Il resta une fistulette pendant deux mois.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un kyste intra-ligamenteux suppuré avec productions papillaires chez une jeune femme. Dilacération, suintement sanguin, danger d'infection, j'ai employé le procédé de Mikulicz.

La guérison fut obtenue très rapidement en huit jours tout au plus.

Dans le troisième cas, il s'agit d'une pyosalpingite double; une des tumeurs était confondue avec le rectum; l'autre se rompit. Je lavai à l'eau bouillie.

Je fais le drainage de Mikulicz. La malade est actuellement presque guérie malgré la déchirure du rectum, car nous trouvions des matières fécales dans le premier pansement. Puis les gaz ont continué à passer pendant un mois et demi. Actuellement il ne reste qu'une petite fistulette.

Donc, j'emploie le tamponnement à la gaze iodoformée pour faire de l'hémostase et pour assurer un libre écoulement à la sérosité et aux liquides plus ou moins infectants qui pourraient se trouver dans la cavité péritonéale. P. Bazy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 5 au 10 mars 1888.

Lundi 27. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Hayem, Damaschino, Landouzy. — 3e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Lannelongue, Delens, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Guyon, Budin, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Ollivier, Déjerine.

Mardi 6. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Quenu. — 4e examen, doctorat : MM. Peter, Fernet, Joffroy — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Campenon, Panas, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Proust, Raymond. Quinquaud.

Mercredi 7. — Médecine opératoire : MM. Delens, Segond, Jalaguer. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle Ecole pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Baillon, Villejean. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes.

Jeudi 8. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — 3e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Hanot. — 3e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Jaccoud, Legroux, Hutinel.

Vendredi 9. — Dissection : MM. Marc Marc Sée, Remy, Reynier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*Ecole-de-Médecine*. — 1er examen, doc-

torat : MM. Rognauld, Gariel, Blanchard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Potain, Ollivier, A. Robin. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Fournier, Damaschino, Chauffard.

Samedi 10. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : Peter, Legroux, Hutinel. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Laboulbène, Cornil, Hanot.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Avis aux candidats à l'internat.* — Aux termes du règlement sur le service de santé, les candidats de l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires n'en exercer les fonctions que s'ils se se sont fait de nouveau recevoir externes.

A la suite du dernier concours, plusieurs externes de troisième année classés au nombre des internes provisoires avaient négligé de se présenter au concours de l'externat et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires.

L'administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires ci-dessus rappelées étaient généralement mal connues, a bien voulu à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée et désormais les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, en rendant compte de la brochure de M. le Dr Commenge sur la prostitution, nous avons dit que cette brochure était la reproduction d'articles parus dans un journal de médecine. Ce journal de médecine est le *Bulletin médical*.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 19 *au* 25 *février* 1888. — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 10. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, Croup, 46. — Phthisie pulmonaire, 184. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs cancéreuses et autres, 45.

Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 47. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 62.

Bronchite aiguë et chronique, 96. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 103.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 61.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 34. — Sénilité, 36. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 1070. — Résultat de la semaine précédente : 1112.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 28 MARDI 6 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 28 Mardi 6 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Observation de typhus exanthématique observé à Vannes.

Par le Dr A. Mauricet,

Correspondant national de l'Académie de médecine.

Observation. Louis P..., garçon vigoureux, peu expansif, lymphatique, bonne santé habituelle, bonne hygiène, bonne alimentation, fut pris dans la journée du 22 décembre d'un malaise général ; on le fit coucher et je le vis le lendemain matin.

Vendredi 23. T. 41,2. Prostration, langue sèche, céphalalgie très douloureuse.

2 verres d'eau de Janos, potion calmante, lavement de décoction de quinquina.

Samedi 24. T. m. 40,6 ; s. 39,6. La nuit a été très agitée ; l'enfant se lève pour aller voir après son frère qui le veille et qui a eu besoin de s'absenter ; il ne sait pas pourquoi il l'a fait. Délire sans suite, sa langue est sèche, noirâtre, fendillée, céphalalgie intense, pas de douleur abdominale, pas de gargouillements dans les fosses iliaques.

Limonade, eau vineuse.

3 cuillerées à bouche de solution d'antipyrine, 0,50 c. de sulfate de quinine en deux paquets. Julep gommeux avec 4 grammes de teinture de quinquina. Continuer les lavements de quinquina.

Dimanche 25. T. m. 38,6, s. 39,4. La nuit a été calme, les symptômes persistent, cependant la céphalalgie diminue, l'enfant est endormi une partie du jour et ne répond que par un signe de tête ou un monosyllabe.

Lundi 26. T. m. 38,6 ; s. 39. L'état reste stationnaire sous l'influence du même traitement.

Mardi 27. T. m. 38 ; s. 39. Pendant tout le premier septénaire, entre temps, je fais donner un verre d'eau de Janos.

Mercredi 28. T. m. 38,4 ; s. 38,6. Idem.

Jeudi 29. 37,8 ; 39,6. Craignant d'abuser de l'antipyrine, je

réduis la dose à deux cuillerées. Le soir la température monte à 39,6 ; un verre d'eau de Janos.

Vendredi 30. T. m. 38,6 ; 40. 2e *septénaire*. Même traitement. 2 grammes d'antipyrine. Lait et bouillon froid en raison de la prostration des forces. La température monte à 40°.

Samedi 31. T. m. 37,6 ; s. 39,2. Je reviens à 3 grammes d'antipyrine. Tout le reste du traitement est maintenu *ut supra*.

1er Janvier 1888. T. m. 38,6 ; s. 39,4. Même état, même. traitement.

Lundi 2. M. 38,6 ; s. 39,9. Même état. Un verre d'eau de Janos.

Mardi 3. M. 39,9 ; s. 40,4. La température se maintenant élevée, je fais faire une lotion avec de l'eau fortement vinaigrée. Le soir on m'apprend qu'on s'est aperçu, au moment de faire la lotion, qu'une éruption spéciale avait été remarquée au cou, à la nuque et entre les épaules ; la lotion avait été faite quand même ; je la fais cesser.

Mercredi 4. T. m. 40,6 ; s. 40,2. L'éruption envahit tout le tronc. La langue est rugueuse, noirâtre, fendillée. Les gencives et les dents sont sèches.

Céphalalgie peu prononcée ; prostration ; pas d'agitation ni de délire ; pas de douleur à la pression dans les régions abdominales.

Jeudi 5. T. m. 40,6 ; s. 40,2. Même situation ; l'éruption envahit régulièrement tous les membres.

Vendredi 6. T. m. 40,6 ; s. 40,2. 3e *septénaire*. Même état. 1 verre d'eau de Janos.

Samedi 7. T. m. 40,2 ; s. 39,9. L'éruption envahit les pieds et les mains ; il y en a jusqu'entre les doigts.

Dimanche 8. 38,9 ; 38,9. Même état, l'éruption disparaît. Même traitement.

Lundi 9. 38,7 ; s. 39,1. Idem.

Mardi 10. 38, 1 ; 37, 5. L'enfant cause un peu, la langue se nettoie. 1 verre d'eau de Janos.

Mercredi 11. 37,1 ; 37. L'amélioration continue. Potages. Même traitement.

Jeudi 12. 37,2. L'amélioration se soutient ; toutes les parties du corps où a eu lieu l'éruption sont le siège d'une desquamation furfuracée.

Vendredi 13. 36,9 ; 36,8. 4e *septénaire*. Somnolence. On cesse l'antipyrine. Le mieux se soutient.

Samedi 14. 37 ; 37,1 On augmente l'alimentation.

Dimanche 15. 36,6. Même état.

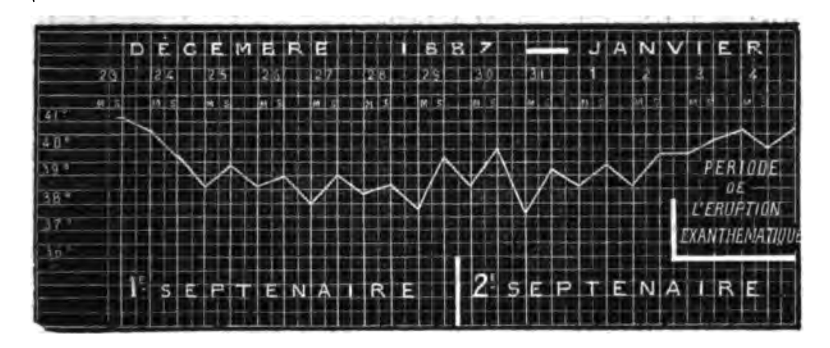
Lundi 16. 36,9. On cesse tout le traitement.

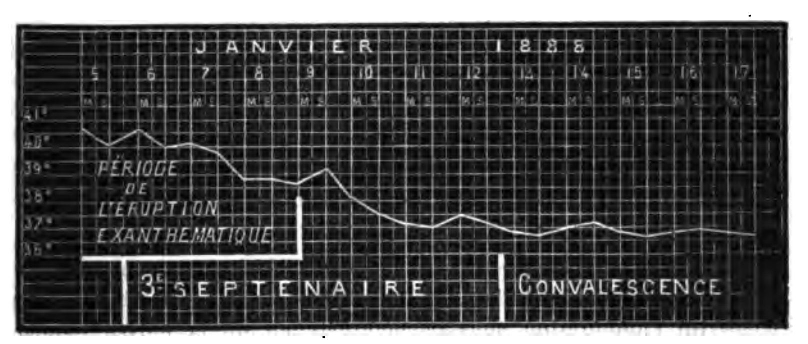
Le malade est visité par M. le Dr Bucquoy.

Les jours suivants la température se maintient au-dessous de 37d.

On fait à l'enfant des lotions et frictions avec de l'eau de Cologne et on lui donne un bain au sel gemme.

Au début de la maladie que je viens de décrire, je crus avoir à traiter une fièvre typhoïde à forme cérébrale; pour la première fois j'allais me trouver à observer un cas de typhus exanthématique. Le début de l'affection est brusque, la température monte à 41,2. La





langue est sèche, râpeuse, fendillée, céphalalgie intense. Mais j'a beau appuyer la main sur toutes les parties de l'abdomen, je ne puis constater ni gargouillements ni douleurs.

L'indication était de combattre la haute température et la céphalalgie; c'est ce que je crois avoir fait dans le traitement décrit précédemment; enfin un jour, le 12e de la maladie, on constate l'exanthème ; pour moi ce fut une révélation.

Depuis plusieurs mois j'étudie pour un travail historique sur les fièvres dans notre département cette grosse question du typhus et je me trouvais à pouvoir en observer un cas.

Ici cependant nous ne pouvons reconnaître les causes qui l'ont amené; il n'y a ni encombrement ni misère; l'enfant n'était pas épuisé par une maladie antérieure.

Je ne veux pas aborder ici la question de son endémicité en Bretagne; c'est le premier cas que je vois.

Mais pour suivre le tableau diagnostique que le professeur L. Colin nous donne dans son Traité des maladies épidémiques (p. 650), nous constatons son invasion brusque, l'éruption exanthématique sans pétéchies, l'efferveseence et la défervescence brusque, pas de diarrhée au début, la convalescence rapide; c'est le lundi 26 janvier, 21e jour de la maladie, que M. le Dr Bucquoy, membre de l'Académie, a vu cet enfant et a constaté son parfait état pour un convalescent.

J'ajouterai que les périodes des septénaires ont été parfaitement marquées et on peut observer par la courbe des températures que c'est au moment où l'éruption se produit et pendant que celle-ci est intense que les températures se maintiennent aussi élevées.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Nocivité de la fumée. — Dans une communication à la Société de médecine de Lyon, *M. le Dr Rollet* parle de la nocivité de la fumée, quoique, aux États-Unis, on ait au contraire insisté sur ses bienfaits. Les yeux, les voies digestives et respiratoires peuvent être atteints par les matières volatiles contenues dans la fumée. Les végétaux ne sont point également à l'abri de pareils désastres : on retrouve les produits que renferme la fumée dans le vin, les fruits, etc. (*Province médicale.*)

Ostéo-sarcome du fémur. — *M. Guermonprez* présente à la Société anatomo-clinique de Lille un ostéo-sarcome du fémur qui a nécessité l'amputation sous-trochantérienne de la cuisse gauche. Deux circonstances, dit-il, inspirent l'inquiétude de la récidive : c'est d'abord la facilité du décollement périostique pratiqué avant la section, et en second lieu la teinte grisâtre de la moelle qui contraste avec la couleur rouge normale. Au cours de la consultation, la désarticulation coxo-fémorale fut proposée, mais non admise à cause de l'extrême épuisement du sujet, de la gravité beaucoup plus grande de cette dernière mutilation, et surtout à cause de l'inconnu réservé pendant l'opération, par ce motif qu'il existait précisément à ce niveau une luxation congénitale de la hanche en haut et en arrière (*Journal des sciences médicales de Lille.*)

Pseudo-tympanisme hystérique. — *M. Bernheim* fait une communication à la Société de médecine de Nancy sur le pseudo-tympanisme hystérique. Une jeune hystérique précédemment atteinte de crises dont quelques-unes avec hallucinations et délire, eut des

troubles menstruels suivis de tympanisme intermittent avec cette particularité que, quand il disparaissait, il n'était accompagné d'aucune émission de gaz, ni en haut, ni en bas.

M. Bernheim qui, par la suggestion, a guéri la malade de manifestations hystériques multiples, n'a pu encore la débarrasser de ce tympanisme. Ce phénomène serait dû, d'après l'auteur, à un abaissement du diaphragme causé lui-même ou par contraction, comme dans l'inspiration profonde, ou par refoulement, comme dans le mécanisme de l'effort après inspiration profonde (*Revue médicale de l'Est.*)

ABCÈS PROFONDS ET LOINTAINS CONSÉCUTIFS A DEUX FURONCLES DE LA RÉGION FESSIÈRE. — A l'appui des théories soutenues dernièrement par le professeur Verneuil sur l'étiologie et le traitement des furoncles, *M. Brossard*, de Poitiers, relate une observation qui offre un vif intérêt.

Il s'agit d'une dame âgée de 60 ans qui a, en août 1886, une éruption de furoncles à la région fessière droite. Quatre jours après, conjonctivite et épisclérite avec suppuration. Au mois de septembre, abcès situé au-dessous du couturier et du droit antérieur et enfin deux jours après l'incision de cet abcès, collection purulente au-dessus du sein gauche. Vers le 17 octobre, abcès profond de la cuisse gauche avec périostite et ostéite. D'après l'auteur, cette infection purulente à marche lente serait due au transport à distance des micro-organismes caractéristiques du furoncle ayant pénétré dans le torrent circulatoire.

Le traitement antiseptique, rigoureusement employé, a non seulement amené rapidement la cicatrisation des abcès profonds, mais a empêché la formation de nouveaux abcès (*Poitou médical.*)

Dr A. DESCAMPS.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 12 janvier 1888. — Présidence de M. BOUCHARD.

M. *Galliard* lit une observation de pneumonie avec hyperthermie considérable suivie de phlegmatia alba dolens. (V. *France méd.*, n° 16, p. 184 et n° 17, p. 194.)

M. *Luc.* J'ai lu, en 1883, à la Société, l'observation d'une jeune fille qui, à la suite d'un refroidissement, fut atteinte de pleurésie hémorrhagique avec élévation de la température à 41 degrés. Les symptômes généraux furent assez graves pour que l'on portât tout d'abord le diagnostic de granulie pleurale. Pendant la convalescence, cette jeune fille présenta également une phlegmatia alba dolens

double. Le gavage, après plusieurs mois, donna des résultats merveilleux et amena un retour rapide des forces et de l'embonpoint.

Furonculose et antisepsie intestinale. — M. *Bouchard*. La furonculose, sauf dans quelques cas exceptionnels où elle s'accompagne d'accidents graves, est une maladie bénigne. Elle n'en est pas moins ennuyeuse, douloureuse et désagréable. J'ai remarqué que souvent il y avait un rapport évident entre ces éruptions furonculeuses et certains états dyspeptiques. Si l'on soigne ces états dyspeptiques, si l'on pratique l'antisepsie intestinale, on fait, chez ces malades, disparaître l'éruption.

Je suis loin de nier l'influence de l'inoculation furonculeuse, soit sur l'apparition, soit sur la persistance de l'éruption, mais je crois qu'il y a d'autres causes en jeu. Il y a certainement des conditions de réceptivité pour le micro-organisme créées par certains états particuliers, le diabète par exemple. Chez les dyspeptiques, cette réceptivité existe aussi.

Un homme était atteint de furonculose tenace et étendue. Pendant un voyage conseillé pour le débarrasser de cette éruption, sa femme se servit, pour des ablutions particulières, de la cuvette qui servait habituellement à son mari. Peu de temps après, elle vit survenir, dans la région lavée, une éruption de 60 à 80 furoncles. Depuis cette époque, cette dame, à chaque flux menstruel, voit réapparaître dans les mêmes points une éruption furonculeuse nouvelle. Sachant que cette dame présentait des troubles digestifs, je pratiquai l'antisepsie intestinale, les furoncles disparurent. La cessation du traitement s'accompagna de la réapparition des furoncles. Sa reprise détermina de nouveau leur disparition.

Il y a quelque temps, j'ai vu se présenter à moi un homme atteint de près de 200 furoncles du cou et de la nuque. L'antisepsie intestinale l'a débarrassé de cette douloureuse affection.

Je pratique d'ailleurs dans ces cas une antisepsie intestinale modérée et facile à pratiquer, sans rien changer aux habitudes ordinaires. Je fais prendre trois fois par jour, au début des repas, un cachet ainsi composé : naphthol, 0 gr. 50; salicylate de bismuth, 0 gr. 25 en poudre fine. Le traitement est facile à exécuter et détermine une antisepsie très suffisante.

M. *Gilbert*. On pourrait, je crois, rapprocher ces éruptions furonculeuses chez certains dyspeptiques des acnés rosés que l'on observe dans des circonstances identiques. Ceux-ci pourraient être justiciables du même traitement.

M. *Bouchard*. J'ai signalé l'acné rosé parmi les accidents qui se rencontrent chez les dilatés. Le traitement de la dilatation stomacale

fait disparaître ces éruptions, l'antisepsie intestinale ferait bien probablement de même.

M. *Frémont*. J'ai pu voir cette année deux jeunes filles atteintes d'acné rosé, que le traitement de l'état gastrique a fait disparaître. J'ai conseillé l'antisepsie intestinale chez un malade présentant une éruption furonculeuse accompagnée de dilatation stomacale et d'entérite pseudo-membraneuse.

M. *Ruault*. Les gonflements du nez et des joues s'observent fréquemment chez les gens qui présentent du coryza chronique. On peut les débarrasser, soit en traitant le coryza, soit en traitant les troubles dyspeptiques dont ils sont également atteints.

M. *Barbier* lit une observation d'embolies multiples à la suite d'une ulcération athéromateuse de l'aorte. (V. *France Méd.*, n° 7, p. 75.)

M. *Rendu* rapporte un cas de diagnostic difficile de colique néphrétique chez un homme présentant également de l'engouement cœcal. (V. *France médicale*, n° 11, p. 22.)

M. *Bouchard*. Cette observation me semble réellement intéressante, comme toutes celles où il y a complexité d'accidents. J'ai vu dans cet ordre d'idées une colique néphrétique droite accompagnée de colique hépatique. Le diagnostic ne put se faire qu'à l'apparition de l'ictère et de l'hématurie qui indiquaient le double calcul.

M. *Rendu*. L'engouement intestinal pourrait peut-être être rapporté à une paralysie réflexe dont le point de départ serait la colique néphrétique.

Les secrétaires des séances,
A. Gilbert, M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE

Medico-chirurgical transactions, *published by the Royal Medical and chirurgical Society of London*, 1887.

Le présent volume peut être considéré comme le résumé des travaux de la société de médecine la plus considérable de Londres. Il ne contient pas moins de vingt-six mémoires dont les diverses matières ont fait le sujet de discussions dans les séances de la société.

L'*Address* du président, M. Georges David Pollock, placée en tête du volume, renferme la notice biographique de quinze membres de la société morts en 1886. Nous citerons parmi ces derniers, Cooper Forster, chirurgien de Guy's Hospital, à qui l'on doit de nombreux mémoires et un traité des maladies chirurgicales de l'enfance ; Fremlyn Streafield, White Cooper, Edwyn Andrew, qui se

firent connaître par leurs travaux en ophthalmologie; Georges Busk, d'origine russe, qui publia surtout les résultats de ses recherches d'histoire naturelle.

La série des mémoires commence par l'exposé d'un cas de grossesse extra-utérine par M. Henry Gervis; M. Knowsley Thornton nous donne ensuite des tableaux relatifs à 300 cas d'ovariotomie. Ce chirurgien, à l'inverse de M. Bantock, également chirurgien du Samaritan Hospital de Londres, opère avec toutes les précautions antiseptiques selon la méthode de Lister. Sur les 300 opérations, on n'a constaté que 21 morts, ce qui donne une mortalité de 7 p. 100, et M. Thornton a pu avoir une série de 100 ovariotomies complètes sans décès. Nous voilà bien loin des premières tables de mortalité relatives à cette opération. Tous les cas défavorables se sont faits remarquer par l'existence d'adhérences très étendues. Quant au lieu où sont opérées les malades, en ville ou à l'hôpital, les avantages et les inconvénients semblent se compenser, en sorte que la mortalité est à peu près égale partout.

L'âge et la condition des malades n'ont aucune influence sur les résultats; il n'en est pas de même du volume des tumeurs, quand ce dernier devient énorme. Les causes de mort ont été dues à la septicémie, à l'hémorrhagie, à l'épuisement causé par la diarrhée, à une affection cancéreuse, au choc, à la maladie de Bright, au tétanos, à l'obstruction intestinale, à la péritonite et aux embolies.

M. Barlow rapporte un cas de myélite aiguë disséminée survenant chez un homme de 23 ans atteint de rougeole, qui succomba au onzième jour de la maladie. L'examen de la moelle montra des foyers de congestion et d'hémorrhagie surtout apparents dans la région dorsale; le bulbe était congestionné; enfin la recherche des micro-organismes a été faite sans succès. Viennent ensuite trois observations de tuberculose ulcéreuse aiguë du pharynx relatées par M. J. Abercrombie qui retrace l'histoire clinique de ce point de pathologie spéciale.

Le cas d'anévrysmes multiples rapporté par MM. Langton et Bowlby présente cette particularité intéressante que des embolies ont précédé le développement des anévrysmes au pli du coude et au creux poplité. Le malade succomba à des accidents gangreneux. De l'examen nécropsique de ce cas et d'après d'autres observations publiées dans les recueils, les auteurs formulent les conclusions suivantes :

1° Les embolies peuvent être une cause certaine de la formation des anévrysmes;

2° L'anévrysme se développe au siège de l'embolie et non au-dessus;

3° L'anévrysme peut être dû à la dilatation causée par l'inflammation de l'artère, ou à son ulcération ; dans ce cas les tissus environnants contribuent à la formation du sac.

4° L'anévrysme ne se produit que lorsque les embolies sont d'origine cardiaque, les valvules étant le siège d'une production fongueuse accompagnée d'ulcération et de la destruction des valvules.

D'autres mémoires sur les anévrysmes de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, sont relatifs au traitement par la méthode de Moore. Dans le dernier cas observé par M. Pringle, l'introduction du fil de fer fut faite après la laparatomie ; MM. White et Pearce Gould ont appliqué la méthode sur un anévrysme sacciforme de l'aorte; ici les opérateurs purent introduire un fil d'acier de trente-deux pieds; enfin un cas d'anévrysme de la première partie de la sous-clavière droite rapporté par M. J. Whitaker Hulke et traité également de la même manière se termina par la mort comme les précédents.

La chirurgie de l'intestin est l'objet de plusieurs mémoires. M. Barker rapporte le cas d'une femme de 28 ans qui rendait depuis plusieurs mois du sang dans les garde-robes. La constipation était constante, et le toucher rectal fit découvrir une tumeur qui sortait parfois de l'anus quand la malade allait à la selle. M. Barker attira la tumeur au dehors, assit une double rangée de sutures sur l'intestin invaginé ; enfin excisa la portion du rectum placée au-dessous des sutures. Il s'agissait d'un épithélioma à cellules cylindriques et la malade guérit. M. Stanmore Bishop expose les résultats de ses expériences qui ont été faites dans le but de trouver la méthode la plus convenable pour restaurer l'intestin après l'ablation de petites portions de ce canal. On trouvera enfin quelques pages de M. Frédérick Treves sur la hernie de Richter ou l'enterocèle partielle.

Les observations de M. Cant sur l'induration chancreuse chez la femme ont une certaine valeur en raison des matériaux nombreux dont s'est servi l'auteur. Il résulte de ce travail que l'induration chancreuse est beaucoup plus variable chez la femme que chez l'homme, que dans un tiers des cas elle est nulle ou à peu près, moyenne dans un autre tiers, tandis qu'elle est considérable dans le dernier tiers. Cette induration diffère aussi de ce qu'elle est chez l'homme par sa diffusion et son extension plus grandes ; il peut même se former des plaques dures dans la peau à une certaine distance du chancre, tandis que ce dernier est dépourvu d'induration. Bien que l'époque de l'induration soit très variable, on la voit généralement débuter après la seconde semaine.

Il est très important de remarquer que M. Cant a vu cinq fois la

syphilis apparaître sans que le chancre ait eu aucune trace d'induration ; enfin les chancres les plus rares sont ceux de l'orifice utérin et du vagin dont M. Cant n'a constaté qu'un exemple.

M. Henry Morris relate un cas certainement rare dans lequel la vessie fut rupturée deux fois. La première fois ce fut à l'occasion d'une querelle que le patient eut le ventre fortement comprimé par son adversaire. Des symptômes graves, l'hématurie, la douleur et le gonflement de l'abdomen obligèrent le blessé à entrer à l'hôpital. Le cathétérisme fit évacuer de petits caillots. Une sonde à demeure fut laissée et le malade guérit sans avoir eu d'abord des symptômes de péritonite. Les accidents se reproduisirent sept ans plus tard sans cause apparente. Le malade mourut cette fois et l'autopsie démontra que la cicatrice formée lors de la première rupture s'était peu à peu amincie et avait fini par céder. La distension de cette cicatrice avait amené la formation d'un cordon creux en forme d'infundibulum, lequel, en se rupturant, avait donné passage à l'urine.

La rupture de la vessie a encore été observée par M. William Bennet à la suite de la ponction sus-pubienne faite avec le trocart aspirateur. La ponction avec un trocart étroit exciterait les contractions de la vessie, et comme les parois ont perdu leur résistance, elles peuvent céder et produire un épanchement d'urine. Aussi M. Bennet recommande dans ces cas la ponction avec un gros trocart permettant l'évacuation rapide de l'urine, à moins que, suivant les cas, on ne préfère avoir recours à l'incision périnéale ou au drainage de la vessie.

(A suivre.) L. Jumon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 8, à 1 heure. — M. Rousseau : Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë. *Président* : M. Brouardel. — M. Marteret : Contribution à l'étude de la paralysie générale à début tardif. *Président* : M. Ball. — M. Chauveau : Fièvre hystérique. *Président* : M. Proust. — M. Demelin : Segment inférieur de l'utérus. *Président* : M. Tarnier.

Samedi 10, à 1 heure. — M. Bourreau : Du curage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus. *Président* : M. Proust. — M. Level : Paralysies urémiques. *Président* : M. Proust.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Bellet (C.-J.), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche), reçu en 1850.

Congrès français de chirurgie.
(3e session, du 12 au 17 mars 1888) (1).
Communications annoncées (1re liste).

Questions mises à l'ordre du jour.

1° De la conduite à tenir dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extractions, opérations diverses).

M. le professeur Trélat de Paris; — MM. les Drs Chauvel, Reclus, Delorme, de Paris; — Vaslin, d'Angers.

2° De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

M. le professeur Trélat, de Paris; — MM. les Drs Segond; Richelot; Schwartz, de Paris; — Thiriar, de Bruxelles; — Doyen, de Reims; — Bœckel, de Strasbourg; — Mollière, de Lyon; — Socin, de Bâle; — Le Diberder, de Lorient.

3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Letiévant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs.

M. le professeur Ollier, de Lyon; — MM. les Drs Thiriar, de Bruxelles; — Reverdin, de Genève; — J. Bœckel, de Strasbourg; — Kirmisson, de Paris; — Vaslin, d'Angers; — Doyen, de Reims; Delorme, du Val-de-Grâce.

4° De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes de la prophylaxie.

M. le professeur Verneuil de Paris; — MM. les Drs Bœckel, de Strasbourg; — Poncet, de Lyon; — Doyen, de Reims; — Bazy, de Paris; — Cazin, de Berck-sur-Mer.

Questions diverses.

M. le professeur Ollier, de Lyon. — Du traitement de l'ankylose du poignet par la résection et du rétablissement d'une articulation mobile après cette opération.

M. le professeur Lannelongue, de Paris. — Kystes dermoïdes de la région fontanellaire antérieure.

M. le Dr Terrillon, de Paris. — Quinze kystérectomies abdominales pour fibromes volumineux. — Réflexions à propos de 60 cas de fibromes utérins.

M. le Dr Segond, de Paris. — Du traitement chirurgical des kystes du foie.

M. le Dr Galezowski, de Paris. — Des mélano-sarcômes oculaires et de leur récidive après les opérations.

M. le Dr Vincent, de Lyon. — Sur la cholécystotomie chez les enfants.

M. le Dr Javal. — Sur le traitement du strabisme.

M. le Dr Accolas, de Rennes. — Observations d'abcès du foie traité par la méthode de Little.

(1) On peut toujours s'inscrire jusqu'au jour de l'ouverture de la session en envoyant un mandat-poste de 20 fr. au secrétaire général, M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

M. le Dr Thiriar, de Bruxelles. — De la cholécystótomie.

M. le Dr Cerné, de Rouen. — Du diabète phosphatique. — Son influence dans la production de lésions chirurgicales analogues à celles du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave.

M. le Dr Doyen, de Reims. — Etiologie des septicémies et de la valeur réelle des antiseptiques au point de vue chirurgical.

M. le Dr Backer, de Roubaix. — De l'antisepsie et de l'asepsie au moment de l'opération.

M. le Dr Jeannel, de Toulouse. — De l'ostéotomie longitudinale.

M. le Dr Fontan, de Toulon. — Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. le Dr Richelot, de Paris. — Récidives des cancers utérins après l'hystéroctomie vaginale.

M. le Dr Monod, de Paris. — Remarques sur les lymphangiômes. — Du lymphangiôme circonscrit. — Note sur les lésions anatomiques dans les panaris analgésiques. — Sur un cas de greffe tendineuse.

M. le Dr Poncet, de Lyon. — De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissement.

M. le Dr Vaslin, d'Angers. — Traitement chirurgical des différentes espèces de pied bot. — Indications de l'ablation des tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou et de l'aisselle, technique opératoire.

M. le Dr Berthomier, de Moulins. — Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adultes par l'immobilisation en extension et supination.

M. le Dr Tillaux, de Paris. — Traitement des pseudarthroses. — De la pharyngotomie inférieure. — De la suture des nerfs.

M. le Dr Kirmisson, de Paris. — Résection du squelette pour remédier à des pertes de substances des parties molles.

M. le Dr Schwartz, de Paris. — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électricité.

M. le Dr Picqué, de Paris. — Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aine. — Ligature de l'artère iliaque externe. — Guérison.

M. le Dr Redard, de Paris. — Technique des corsets orthopédiques. — Fracture ancienne, au tiers inférieur de la jambe gauche, chez une femme de 75 ans, cal vicieux, résection. Guérison.

M. le Dr Bazy, de Paris. — Deux cas graves de corps étrangers de la vessie.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le Dr Straus, agrégé, est nommé professeur de pathologie comparée, à la place laissée vacante par la mort de M. Vulpian.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 29 Jeudi 8 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 29 Jeudi 8 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 7 mars 1888.

Il y a eu hier une grosse affaire à l'Académie de médecine. On se rappelle que, le 30 août dernier, M. Luys, répétant les expériences déjà faites par MM. Bourru et Burot, de Rochefort, avait raconté à l'Académie les étonnants résultats qu'il obtenait en soumettant des malades hypnotisés à l'action (?) de médicaments tenus à distance et dans des tubes hermétiquement fermés. La thérapeutique et la médecine légale devaient en recevoir un contre-coup formidable. Qu'allait devenir le code d'instruction criminelle s'il était possible de tuer une personne à distance rien qu'en la soumettant aux effluves (sous verre) de substances toxiques qui ne pouvaient, bien entendu, laisser aucune trace ?

Sous le coup de l'émotion produite par cette lecture, l'Académie nomma une commission chargée d'examiner les expériences de M. Luys et c'est au nom de cette commission que M. Dujardin-Beaumetz est venu lire hier le rapport qu'on trouvera résumé plus loin.

La commission s'est placée dans des conditions qui excluaient tout effort d'imagination de la part de l'expérimentateur et toute supercherie de la part des malades; aussi le résultat a-t-il été celui qu'on devait prévoir, c'est-à-dire qu'il n'y a là rien, absolument rien. Quel que soit le médicament mis en présence, les résultats obtenus chez les femmes hystériques sont à peu près toujours les mêmes et ne sortent pas du domaine habituel de l'hystérie. Il y a même eu des choses drôles, par exemple le tube contenant de la strychnine est le seul qui n'ait produit ni convulsions ni contractures, et le tube qui a produit les effets les plus intenses ne contenait que l'air du temps.

La discussion sur la prophylaxie de la syphilis a repris après cette amusante lecture ; il s'agit là malheureusement de choses plus tangibles, quoiqu'il ne soit pas facile d'en atteindre la répression. La

commission, par l'organe de son rapporteur, M. Fournier, fait de constants efforts pour concilier les diverses opinions et préparer un vote unanime de l'Académie. M. Trélat a applaudi à ces efforts, mais M. Legouest a fait de nouvelles objections qui continueront sans doute dans la prochaine séance.

Dans le comité secret qui a suivi la séance publique, on a présenté la liste suivante des candidats au titre de correspondant étranger (2e division) : en 1re ligne, M. de Saboïa (de Rio-Janeiro) ; en 2e ligne, M. Lusk (de New-York) ; en 3e ligne, ex æquo et par ordre alphabétique MM. Horsley, de Londres ; Mac-Cornack, de Londres ; Mac Ewen, de Glascow, et Sayre, de New-York.   A. CH.

THÉRAPEUTIQUE

De l'acide carbonique appliqué au traitement de certaines formes de dyspnée,

Par M. EDMOND WEILL (1).

L'idée d'employer les inhalations d'acide carbonique pour combattre la dyspnée nous a été suggérée par les expériences de M. Brown-Séquard sur les effets inhibitoires produits par l'insufflation d'un courant de ce gaz dans le larynx, effets parmi lesquels l'anesthésie du larynx et l'action modératrice de certains mouvements nous ont paru capables d'avoir une application clinique.

Nous avons fait respirer à nos malades de l'acide carbonique pur au moyen de l'appareil Limousin dans lequel on remplaçait le réservoir d'oxygène par un réservoir d'acide carbonique. Les séances d'inhalation duraient de deux à cinq minutes et se faisaient une ou deux fois par jour. La quantité d'acide carbonique employée chaque fois variait environ de 2 litres à 4 litres. Dans ces conditions, nous n'avons jamais remarqué, ni immédiatement ni consécutivement, aucun effet fâcheux. Par contre, nous observions une action eupnéique très nette, qui se produisait instantanément et avait des effets durables.

Les malades que nous avons traités de la sorte étaient surtout des tuberculeux, la plupart atteints de laryngite et de lésions avancées des poumons. Ils présentaient en général une oppression légère, mais continue, et de temps à autre des paroxysmes (de 4 à 20 par jour), composés d'une période de quintes de toux durant de quelques minutes à une demi-heure, suivies d'une dyspnée intense avec

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, par M. Brown-Séquard.

angoisses et palpitations cardiaques. Cette dyspnée durait plus longtemps que les quintes elles-mêmes. Les paroxysmes étaient plus fréquents la nuit que le jour. Les malades étaient obligés de garder la plus grande partie de la nuit la position assise. Enfin ils se privaient volontiers de leur repas du soir qui exagérait les phénomènes dyspnéiques.

Nous avons fait inhaler de l'acide carbonique, tantôt au moment d'un paroxysme, tantôt dans la période de calme relatif qui sépare les accès.

Dans le premier cas, l'accès est en quelque sorte coupé court. La toux s'arrête, l'oppression et les palpitations diminuent. La respiration tombe de moitié comme fréquence. Le malade a un sentiment de bien-être très accusé.

Dans les inhalations faites entre les accès, il y a un premier effet analogue au précédent, le malade respire plus librement; mais, de plus, il y a une action préventive sur les paroxysmes. Ceux-ci diminuent de fréquence, d'intensité et de durée. Tel malade qui avait douze accès par jour n'en aura plus que cinq, quatre et même deux; et ces accès sont très supportables pour lui. Tous les malades ont pu, la nuit, prendre la position couchée. La plupart ont pu goûter le sommeil et manger le soir.

Nous avons pu traiter par la même méthode des accès de dyspnée chez les emphysémateux atteints d'albuminurie. L'effet favorable a été le même; mais le nombre de ces faits est trop petit pour que nous puissions conclure dès à présent.

Chez tous les malades qui ont respiré de l'acide carbonique dans les conditions que nous avions indiquées, il s'est produit, à la fin de l'inhalation, une abolition de la sensibilité réflexe du pharynx et du larynx. Nous n'avons pas observé de modifications de la sensibilité cutanée.

Cette anesthésie carbonique pourrait être utilisée au même titre que celle qu'on produit par les applications de cocaïne. Dans le larynx, en particulier, elle paraît être d'un usage beaucoup plus pratique.

En résumé, les inhalations d'acide carbonique, par la simplicité et la facilité de leur emploi, par leur effet eupnéique très net, par leur innocuité, conviennent au traitement de certaines formes de dyspnée où leur action peut se comparer à celle de l'injection sous-cutanée de morphine contre la douleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de MM. Corlieu, Magitot, Lereboullet, Galezowski, Rivière, qui se portent candidats dans la section des associés libres ; 2° un rapport manuscrit sur Cauterets en 1887, par M. Lamarque, stagiaire aux eaux minérales ; 3° une note sur le traitement de la maladie de Basedow, du diabète et de l'épilepsie par l'antipyrine, par le Dr Gabriel Gauthier, de Charolles ; 4° une note de M. Sandras sur deux nouveaux appareils à inhaler l'acide fluorhydrique.

SUR LA VALEUR DE L'ÉRYTHROPHLÉINE EN OPHTHALMOLOGIE. — M. *Panas* lit sur ce sujet une note qu'il termine ainsi :

Comme anesthésique local sur l'œil, l'érythrophléine est loin de valoir la cocaïne.

Si son action anesthésiante est d'une durée plus longue, en revanche l'inflammation et les douleurs vives qui accompagnent son application la rendent impropre pour tout ce qui concerne les opérations sur les yeux.

Enfin, si besoin est, rien n'empêche de rendre l'anesthésie par la cocaïne durable en répétant les instillations aussi souvent qu'il le faudra.

M. *G. Sée* a étudié les effets de l'érythrophléine sur le cœur ; il a communiqué sur ce sujet à l'Académie des sciences, en 1880, une note faite en collaboration avec M. Rochefontaine.

ÉLECTION. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (2e division). La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. de Closmadeuc, de Vannes ; en 2e ligne, M. Jouon, de Nantes ; en 3e ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Demons, de Bordeaux ; Desanneau, d'Angers ; Lanelongue, de Bordeaux ; Queirel, de Marseille.

Pour la première place, sur 56 votants, majorité 29, M. de Closmadeuc est élu par 46 voix, contre 4 données à M. Lanelongue, 2 à M. Queirel, 1 à MM. Jouon, Demons et Desanneau et 1 bulletin blanc.

Pour la seconde place, sur 59 votants, majorité 30 ; M. Jouon est élu par 33 voix contre 16 données à M. Desanneau, 5 à M. Lanelongue, 4 à M. Queirel et 1 à M. Demons.

GASTROTOMIE. — M. *Terrillon* présente un cas de gastrostomie chez un homme de 53 ans, atteint d'un rétrécissement infranchissable au niveau du cardia. L'opération a été faite le 9 février dernier. Le malade a commencé à se nourrir trois heures après l'opération. Il a un estomac très contractile qui vomit facilement, mais actuel-

lement, avec un nouvel appareil, il digère très bien et reprend des forces.

De l'action des médicaments a distance chez les personnes hypnotisables. — M. *Dujardin-Beaumetz*. Dans la séance du 30 août 1887, M. Luys lisait à l'Académie un travail sur l'action des médicaments à distance chez les malades hypnotisés. Il appelait l'attention de l'Académie sur les conséquences thérapeutiques et médico-légales qui résultaient de cette expérience. Cette communication, qui eut en dehors de cette enceinte un grand retentissement, excita une vive émotion sur les bancs mêmes de cette Académie. C'est alors que l'Académie, à l'unanimité, décida de nommer une commission de cinq membres chargée de suivre ces expériences.

Comme il était nécessaire que ni l'expérimentateur, ni le malade, ni même les membres de la commission ne connussent les substances employées, on chargea M. Vigier, pharmacien, de préparer des tubes semblables à ceux dont se sert habituellement M. Luys et portant seulement des numéros.

La commission décida que les expériences seraient ainsi réglées : M. Luys devait choisir d'abord le sujet le plus apte à répéter les expériences qu'il avait déjà faites, puis utiliser en les choisissant au hasard les tubes préparés et l'on noterait les effets obtenus.

Dans la première séance, M. Luys, après avoir montré sur une de ses malades, Gabrielle, les diverses phases de l'hypnotisme, prit une autre de ses malades, Estelle, sur laquelle ont été faites la plupart des expériences rapportées à l'Académie. Les tubes dont se servit M. Luys dans cette première séance sont ceux dont il s'est servi dans ses recherches. La plupart portent une étiquette sur laquelle est inscrit le nom du médicament. Dans cette première séance, la commission vit se reproduire des actes identiques à ceux rapportés par M. Luys.

Trois autres séances furent consacrées à l'examen des différents tubes fournis par M. Vigier. Ce qui frappa d'abord la commission, c'est la similitude des phénomènes observés quel que fût le tube employé : contraction, allant parfois jusqu'à l'opisthotonos, convulsions et tous les autres phénomènes rappelés par M. Luys.

En dehors de ces phénomènes rapportés dans toutes les observations, il n'y a rien à signaler, si bien que, avant l'ouverture des plis cachetés, il était impossible aux membres de la commission de voir de quel médicament il s'agissait. Il est bon de noter qu'un tube vide produisit des effets beaucoup plus violents que ceux produits par les tubes contenant des médicaments. M. Luys nous dit que ces phénomènes étaient dus sans doute à l'éclat du verre, et, en effet, ce même tube entouré d'un papier noir ne produisit plus aucun effet; mais il est bon

d'ajouter que les tubes contenant des solutions ou des poudres avaient un éclat au moins aussi vif que celui du tube vide.

Ouvrant alors les plis cachetés, la commission put s'apercevoir qu'il n'y avait aucun rapport entre les phénomènes observés et les médicaments employés. Par exemple, un tube contenant du sulfate de strychnine fut un des rares tubes qui ne provoquèrent ni contractures ni convulsions. Les mêmes tubes peuvent produire des effets absolument différents, selon qu'on les place à gauche ou à droite, ou à distance.

Les mêmes substances employées à différentes époques produisent des effets absolument différents, qu'il s'agisse d'eau de laurier cerise, de sulfate d'atropine, ou de tout autre médicament.

L'Académie doit être suffisamment éclairée par la description des faits observés par la commission. Celle-ci reconnaît l'extrême bonne foi de M. Luys et il lui suffit d'avoir montré que les effets produits par des médicaments placés à distance chez des sujets hypnotisables paraissaient dépendre plus du caprice, de la fantaisie et des souvenirs du sujet mis en expérience, que des substances médicamenteuses renfermées dans les tubes employés dans ces cas.

Aussi, la commission nommée par l'Académie de médecine pour examiner les faits avancés M. Luys dans la séance du 30 août 1887, au sujet de l'action des médicaments à distance sur les sujets hypnotisables, émet l'avis qu'aucun des effets constatés par elle n'est en rapport avec la nature des médicaments mis en leur présence, que, par conséquent, ni la thérapeutique, ni la médecine légale, n'ont à tenir compte de pareils effets.

M. *Luys* demande la parole, mais, sur la proposition de M. le président, rappelant que l'Académie a déjà à son ordre du jour la discussion sur la prophylaxie de la syphilis, l'Académie décide que la discussion est reportée à une séance ultérieure.

De la prophylaxie de la syphilis. — M. *Dujardin-Beaumetz*, avant la reprise de la discussion, tient à rectifier les chiffres qu'il avait fournis dans la dernière séance sur le nombre des filles inscrites.

Les filles inscrites, comme cela résulte des chiffres qui viennent de lui être fournis par M. le Dr Commenge, sont à Paris au nombre de 4.591 dont 772 sont en maisons.

M. *Fournier* demande que l'Académie ne vote pas sur les conclusions de la commission; en effet, le rapport élaboré doit être l'expression des vœux, non pas d'une fraction, mais de l'unanimité de l'Académie. En effet, nous aurons de la peine à obtenir quelque chose des pouvoirs publics, et si les vœux ne sont que l'expression des idées d'une partie de l'Académie, il serait facile de nous ré-

pondre de nous mettre d'abord d'accord ensemble et de tout nous refuser.

La commission n'a pas voulu qu'une simple question de mots fût l'occasion de dissentiments, elle a donc fait d'énergiques efforts de conciliation pour soumettre à l'Académie la nouvelle rédaction suivante :

Art. IV. — Ces divers ordres de provocation (énumérés dans les articles antérieurs) ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics un ensemble de mesures permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. VI. — L'Académie émet le vœu que l'inscription des filles se livrant à la prostitution ne soit prononcée que sous la sauvegarde du droit commun.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, c'est-à-dire un hôpital, mais un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

Art. VIII. — Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

Art. IX. — Les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements.

M. *Trélat.* Les membres de l'Académie qui voulaient prendre la parole dans cette discussion doivent être actuellement bien embarrassés par les modifications apportées aux conclusions primitives de la commission. M. Fournier vient de faire un vigoureux effort de conciliation qui rend inutile le discours que M. Trélat voulait prononcer. L'Académie n'est pas faite pour défendre la liberté individuelle, ni pour rappeler les grands principes qui sont la base de la société. Ce que l'Académie devrait faire entendre, c'est une protestation contre le développement de la syphilis, contre cet immense bourbier qui est comme une sorte de bouillon de culture de la vérole. Ce qu'il faut aux pouvoirs publics, ce n'est pas tant de leur forger de nouvelles armes; quels que soient leur tranchant et leur portée, les pouvoirs publics tiennent ces armes d'une main débile, et c'est pour cela que nous sommes dans une phase de répression impuissante qui nous frappe tous. Ce sentiment est devenu celui de la commission. Il

y a un grand dommage; une source inattaquée de ce grand dommage, c'est la prostitution clandestine; soyons tous unis pour la réprimer. La commission a écarté toutes les expressions compromettantes, aussi M. Trélat est-il disposé à défendre les idées contenues dans la nouvelle rédaction de la commission.

M. *Legouest* trouve que ces nouvelles conclusions présentées par la commission sont inconséquentes. D'après l'art. VII, les prostituées lorsqu'elles seront reconnues malades, seront enfermées dans un hôpital d'où elles ne pourront sortir qu'après guérison. Le droit commun n'existera donc plus pour elles lorsqu'elles seront malades; elles ne seront soumises au droit commun que tant qu'elles seront prostituées, car cet hôpital, ce sera en somme une prison.

M. Legouest ne croit pas non plus que les modifications demandées par M. Fournier soient applicables à la province. Dans beaucoup d'hôpitaux de province, les malades vénériens ne peuvent entrer, de par le casier des charges; de plus, dans quelques hôpitaux de province, surtout dans le Midi, par économie, le service des hôpitaux est confié à des sœurs et les hôpitaux sont souvent en même temps des pensionnats de jeunes filles.

M. *Fournier*, M. Legouest fait une confusion. La commission demande le droit commun pour les filles avant qu'elles ne soient inscrites comme prostituées et non lorsqu'elles sont reconnues comme telles. Avant ce sont des femmes quelconques, après il en est tout autrement.

La commission a reçu beaucoup de lettres de province dans lesquelles on disait que rien n'est fait pour les vénériens, encore moins pour les vénériennes, dans beaucoup de villes de province. Il y a des hôpitaux dans lesquels il n'y a pas de lits à spéculum ou même pas de spéculum. C'est pour cela que la commission a demandé que ces mêmes règlements fussent applicables à Paris et à la province.

M. *Legouest*. Non seulement il n'y a pas d'hôpitaux de vénériens en province, sauf dans quelques grandes villes, mais il y a même des municipalités qui ne veulent ni dispensaires, ni maisons de tolérance. Il raconte à ce propos les difficultés qu'il a eues dans une ville où un grand nombre de soldats étaient atteints de maladies vénériennes. Il s'est plaint au colonel qui l'a renvoyé au maire; il a rencontré celui-ci et lui a demandé de vouloir bien, dans l'intérêt de la population, faire établir une maison de tolérance. Le maire, homme très intelligent cependant, a répondu que, tant qu'il aurait l'honneur d'être à la tête de l'administration, il ne souffrirait pas dans la ville de pareilles infamies!

M. Legouest a dû alors écrire au ministre de la guerre, lequel a

écrit au ministre de l'intérieur, qui a écrit au préfet, qui a écrit au maire, qui n'a rien fait du tout.

COMMISSIONS DE PRIX POUR 1888.

Académie. — MM. Proust, Rochard et Colin (Léon).
Amussat. — MM. Larrey, Polaillon et Péan.
Barbier. — MM. Leblanc, Luys et François Franck.
Buignet. — MM. Gabriel, Bouchardat et Schützenberger.
Capuron. — MM. Moutard-Martin, Siredey et Bouchard.
Civrieux. — MM. Potain, Peter et Blanche.
Daudet. — MM. Le Fort (Léon), Vidal et Fournier.
Desportes. — MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Hayem.
Falret. — MM. Hardy, Lancereaux et Mesnet.
Godard. — MM. Laboulbène, Cornil et Ball.
Itard. — MM. Villemin, Tarnier et Empis.
Laval. — MM. Bucquoy, Trélat et Charcot.
Meynot. — MM. Duplay, Panas et Labbé.
Monbinne. — MM. Brouardel, Bernier et Cusco.
Orfila. — MM. Le Roy de Méricourt, Caventou et Gautier.
Portal. — MM. Guéniot, Perrin et Ranvier.
Pourat. — MM. Sappey, Duval et Laborde.
St-Paul. — MM. Marey, Lannelongue et C. Paul.
Stanski. — MM. Jaccoud, Nocard et Worms.
Vernois. — MM. Trasbot, Vallin et Lagneau.

A 4 heures 3/4, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lannelongue sur les candidats au titre de correspondant étranger, 2e division.

BIBLIOGRAPHIE

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, *published by the Royal Medical and chirurgical Society of London*, 1887. (*Suite et fin.*)

Parmi les mémoires relatifs aux maladies des voies urinaires, citons encore celui de M. Rickman Godlee sur un cas de suppression d'urine par suite de l'obstruction de l'uretère droit, et celui de M. R. W. Parker.

Dans ce dernier cas, l'urine se supprima chez un sujet de 18 ans, à la suite d'une chute. La région du rein droit devint le siége de violentes douleurs, le malade émit une urine sanguinolente et eut des vomissements. Cependant le malade se rétablit, lorsque trois semaines plus tard les mêmes accidents le ramenèrent à l'hôpital. La région était alors le siège d'une tumeur volumineuse diagnosti-

quée hydronéphrose traumatique. Celle-ci fut ponctionnée, mais M. Parker se décida à inciser, car le liquide se reformait. Le malade succomba bientôt à l'urémie, car l'urine s'était presque supprimée. A l'autopsie on trouva le rein droit hypertrophié, atteint de dégénérescence kystique et renfermant des calculs. Une dilatation sacciforme était en rapport avec le bassinet. Le rein gauche était complètement désorganisé et transformé en plusieurs cavités sacciformes renfermant de petits calculs.

MM. W. Ewart et Fitzroy Benham ont relaté un cas d'empyème compliqué de gangrène pulmonaire consécutive à une fièvre typhoïde et traité par la perflation, c'est-à-dire les injections d'air dans la plèvre. La ponction aspiratrice permit de retirer 500 grammes de pus. On fit alors deux ouvertures dans le thorax, dans le cinquième et le neuvième espace intercostal. On pratiqua ensuite les injections d'air avec un soufflet, après avoir fait préalablement barboter l'air dans une solution phéniquée. Cette opération eut pour résultat d'expulser, par une des ouvertures du pus, un fragment de poumon gangréné et des fausses membranes.

La guérison eut lieu. Les auteurs attribuent à la perflation les avantages suivants : l'issue rapide des résidus putrides et des produits inflammatoires, la diminution de la durée de la période suppurative, la diminnution des dangers d'une atélectasie permanente du poumon, enfin l'opération fait que la cavité thoracique est relativement sèche et dépouillée de toute substance étrangère, car l'air est rapidement absorbé par la plèvre.

La crampe des écrivains a été particulièrement étudiée par G. V. Poore, qui en a observé 168 cas. L'auteur range toutes ses observations en trois groupes selon qu'elles relèvent de la paralysie (13 cas), de la dégénérescence des centres nerveux (14 cas) ou d'une affection névro-musculaire (117 cas). Ce dernier groupe toutefois est en partie constitué par exclusion et se caractérise, outre la difficulté d'écrire, par la sensibilité de certains nerfs du membre supérieur, l'altération de l'excitabilité faradique, enfin le tremblement. Dans les cas des deux premiers groupes, l'incapacité d'écrire est causée par des lésions plus ou moins graves et variées des centres nerveux. Lorsque dans le second groupe l'altération de l'irritabilité électrique est associée à la douleur sur le trajet des nerfs, celle-ci peut tenir à une névralgie d'origine centrale ou périphérique, au froid, au rhumatisme, à une névrite, à l'exercice musculaire excessif, enfin à une intoxication (plomb, alcool, goutte) ; le traitement consiste à fortifier l'état général par le régime, au moyen des toniques et des altérants (arsenic), à appliquer des révulsifs sur le trajet des nerfs douloureux, enfin à favoriser la nutrition du membre affecté par le massage, les bains chauds et l'électricité.

Une des communications les plus intéressantes est celle qu'a faite M. A. Haig sur la relation qui existe entre certaines formes de céphalalgie et l'excrétion de l'acide urique. Chez certaines personnes, une céphalalgie gravative, siégeant surtout sur l'occiput, exagérée par chaque pulsation artérielle, se produit surtout à la suite d'un repas azoté. L'analyse de l'urine avant, pendant et après l'accès, montre que l'urée ne varie pas mais que l'acide urique est d'abord diminué, puisque son excrétion augmente beaucoup pendant toute la durée de la douleur, pour tomber après l'accès au-dessous de la normale. Mais il ne s'agit pas d'une augmentation absolue de l'acide urique qui est produit en quantité constante, mais qui paraît retenu temporairement dans le sang par une diminution de l'alcalinité de ce liquide, d'après H. Haig.

M. David Finlay a rapporté trois cas de paralysie alcoolique. Jusqu'en ces dernières années, les symptômes observés dans les cas de ce genre étaient attribués à des lésions médullaires. Lancereaux montra en 1887 que les nerfs périphériques sont manifestement lésés dans les paralysies d'origine alcoolique. Chez une première malade de M. Finlay, la paralysie survint un an après le début de la faiblesse des jambes; les muscles des membres paralysés et douloureux à la pression présentaient la réaction de dégénération. Il y avait perte des réflexes rotuliens. L'autopsie qui put être faite montra l'intégrité de la moelle épinière ainsi que des racines des nerfs, mais les nerfs périphériques étaient envahis par des lésions inflammatoires et la prolifération conjonctive. La malade était tuberculeuse et l'auteur admet au moins une coïncidence assez fréquente de la tuberculose et de la paralysie alcoolique, comme l'ont montré également MM. Pitres et Vaillard.

Les lésions gangréneuses de la peau chez les enfants ont été étudiées par M. Radcliffe Grocker, surtout au point de vue étiologique. Suivant lui, elles peuvent survenir en l'absence de varicelle, dans cette maladie, à la suite de vaccination; enfin, lorsque le terrain est préparé, une éruption pustuleuse peut devenir l'origine d'ulcérations gangréneuses. La tuberculose, la syphilis, le rachitisme sont encore des facteurs étiologiques. Bien que dans tous les cas observés la fièvre ait été constante, il n'est pas cependant démontré qu'elle soit un facteur essentiel.

J. Hutchinson a appelé l'attention sur une forme particulière d'inflammation chronique des lèvres et de la bouche, qui se termine parfois fatalement et qui est habituellement accompagnée d'une affection de la peau et des ongles. Cette maladie débute par une stomatite caractérisée par des ulcérations superficielles des lèvres et de la muqueuse buccale. Il se développe ensuite une éruption cutanée qui

consiste en des bulles siégeant en général sur les pieds et les mains. Les doigts peuvent présenter les lésions des engelures et il n'est pas rare d'observer la chute des ongles. L'éruption bulleuse s'étend sur tout le corps et laisse des érosions qui se couvrent parfois de fongosités. Cette affection, qui s'observe plutôt chez les adultes et les vieillards, n'a presque aucune tendance à la guérison; il est plus commun, par contre, de voir la mort survenir par les progrès de l'affaiblissement. De tous les médicaments l'opium est celui qui donne dans ces cas le meilleur résultat.

Tels sont, en résumé, les principaux travaux rassemblés dans ce volume, édité avec beaucoup de soins et dont le texte est enrichi de planches remarquables.

L. JUMON.

NÉCROLOGIE

M. le Dr DAGAND, d'Alby-sur-Cheran (Haute-Savoie), reçu en 1838.

M. le Dr P.-E. FRANÇOIS de Tilly (Meuse), reçu en 1863.

Mme ANNA KINGSFORD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, vient de mourir à Londres où elle s'était installée. C'était un partisan convaincu des doctrines végétariennes. Elle faisait partie de la ligue antivivisectionniste et avant de mourir elle a envoyée à Mme Huot, à Paris, pour sa propagande contre la vivisection un chèque de cent livres sterling. Sur la demande qu'elle en avait exprimée, son corps a été incinéré le dimanche 25 février à Paddington, près de Londres.

NOUVELLES

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le Dr Martironq, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Saint Yon est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise).

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 8 mars, à 8 heures 1/2 du soir, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas

Ordre du jour. — 1° M. BESANÇON : Ectasie de l'aorte et de la sous-clavière gauche. — Compression des filets radiculaires inférieurs du plexus brachial.

2° M. ISCOVESCO : Deux cas d'empoisonnement par l'iodoforme.

3° M. DEMELIN : Observation de néphrotomie.

4° Communications diverses.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 30 SAMEDI 10 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
...et ...
Place
...l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 30 Samedi 10 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

L'ichthyol.

L'ichthyol, dont l'emploi a été expérimenté en médecine et en chirurgie, se présente sous deux formes suivant qu'il est associé à l'ammoniaque ou à la soude. L'ichthyol sulfonate d'ammonium est un liquide de consistance sirupeuse, de couleur brune, d'une odeur et d'une saveur bitumineuse ; il se boursoufle et se carbonise par la chaleur et brûle sans laisser de résidu. Ce corps est soluble dans l'eau et sa solution est limpide, mais colorée en rouge brun et d'une réaction faiblement acide ; il est soluble mais incomplètement dans l'alcool et l'éther séparés. L'ichthyol sulfonate de sodium est une matière goudronneuse brunâtre, d'une odeur bitumineuse et possédant pour le reste à peu près les mêmes propriétés que le premier produit.

Les deux corps ont été employés, mais on se sert surtout de la combinaison ammoniacale. Ce sont des antiseptiques qui ont été expérimentés par des chirurgiens allemands, notamment par Lorenz. Les bacilles sont rapidement détruits dans leurs solutions et les liquides virulents qui ont été mêlés à l'ichthyol ne produisent aucun résultat dans les inoculations.

Employé dans le traitement des solutions de continuité et des plaies, l'ichthyol agirait comme un excellent antiseptique, mais son emploi au moins exclusif serait contr'indiqué lorsqu'on veut obtenir une réunion par première intention ; cependant la cicatrisation se produit toujours rapidement et l'on éviterait par l'emploi de cet agent les cicatrices difformes.

Dans les essais qui ont été faits on badigeonnait les plaies avec une solution étendue ou on les recouvrait d'une pommade à la vaseline (0,5 : 35.0 de vaseline). On a, du reste, fait des appareils de pan-

sement, de la gaze et de l'ouate imprégnées d'ichthyol. Dans les brûlures peu profondes, les applications de vaseline à l'ichthyol calment presque instantanément la douleur; pour les brûlures profondes on arrive au même résultat en employant des solutions aqueuses de 2 à 10 p. cent.

Lorenz s'est servi plusieurs fois d'un mélange d'ichthyol, d'éther et de glycérine avec lequel il badigeonneait deux ou trois fois par jour les parties atteintes d'érysipèle, en dépassant bien entendu la limite de la rougeur, et a obtenu les résultats les plus encourageants, car la rougeur et la tension de la peau disparaissaient dès les premières applications et la guérison était rapide. Nussbaum de son côté a publié cinq observations d'érysipèles heureusement traités par ce procédé.

L'ichthyol est susceptible de recevoir des applications étendues dans le traitement des maladies de la peau. D'après les expériences de Unna et de Thompson, ce médicament appliqué sur la peau produit un épaississement de la couche cornée et une prolifération des cellules de la couche profonde, puis la couche cornée se détache laissant une couche nouvelle de couleur claire. Si la solution est suffisamment concentrée, on peut voir survenir une véritable éruption de sudamina. Zeisler, Unna ont employé avec avantage des applications de pommade à l'ichthyol de 5 à 30 pour 100 dans les eczémas, le sycosis, l'acné varioliforme, l'acné rosacée; pour l'herpès tonsurant il emploie un mélange de parties égales d'huile de cade, de savon de potasse, d'ichthyol et de vaseline. M. Lartigan a observé également des résultats favorables dans la plupart des maladies de la peau dans lesquelles l'épiderme a été conservé, dans certains eczémas dont la démangeaison est rapidement calmée, dans l'urticaire, l'érythème noueux, l'herpès, le pityriasis, les brûlures du premier degré. L'ichthyol est utile dans le psoriasis, le sycosis, le lupus. Par contre Th. Jackson n'a pas obtenu de l'ichthyol des résultats aussi nets et regarde ce médicament comme un simple adjuvant dans le traitement des affections cutanées.

L'ichthyol a été employé à l'intérieur, le médicament est administré sous forme de capsules gélatineuses ou de pilules de 0,25 à 0,50 gr. et l'on peut porter la dose à 4 ou 6 gr. en vingt-quatre heures. La saveur repoussante du médicament est ainsi évitée et c'est à peine si l'on constate parfois quelques éructations qui cessent bientôt. Zuelzer a constaté que, sous l'influence de l'ichthyol, l'urine se fonce et prend une odeur de violette. La composition de l'urine est profondément modifiée, car l'azote éprouve une diminution de 14 p. 100 et s'élimine surtout le nuit. Malgré la présence d'une quantité considérable de soufre dans l'ichthyol, la quantité des produits soufrés de

l'urine normale est diminuée, mais on y retrouve les combinaisons soufrées provenant de l'ichthyol; il semble donc que les produits azotés et soufrés de l'alimentation ou des tissus soient retenus dans l'organisme, et cette rétention indiquerait pour Zuelzer la reconstitution des tissus qui renferment ces substances. C'est pourquoi cet auteur a recommandé l'ichthyol à l'intérieur pour améliorer la nutrition chez les brightiques, les diabétiques, etc., et il aurait ainsi constaté l'augmentation des forces et du poids du corps. L'ichthyol a été prescrit à l'intérieur dans la plupart des maladies de la peau, mais surtout dans l'acné, le psoriasis, les eczémas, le lupus ét cela avec un certain avantage.

Toutes les affections qui s'accompagnent d'une dilatation des capillaires, comme la couperose de la face, l'angine granuleuse et érythémateuse chronique, les hyperémies du larynx, certaines bronchites bénéficieraient de son emploi. De même Nussbaum aurait obtenu d'excellents résultats dans les formes d'asthme, de troubles digestifs, de névralgies, de sciatiques qui dépendent de troubles vasculaires.

Si c'est là une condition de l'efficacité de l'emploi de l'ichthyol, il ne faut pas s'étonner si ce nouveau médicament compte aussi ses insuccès.

Les névralgies du bassin, les sciatiques dont sont atteints les sujets cachectiques sont à peine amendées, mais dans de meilleures conditions, Nussbaum a observé au bout de quelques jours la disparition de névralgies tenaces compliquées de troubles moteurs et qui avaient été soumises sans succès depuis plusieurs mois à différents traitements. Les résultats ont été également très encourageants dans les inflammations goutteuses, et la disparition de la douleur est bientôt suivie du retour des mouvements. A en juger par ces premiers résultats, l'ichthyol mérite donc d'être expérimenté plus largement afin d'être fixé sur sa valeur thérapeutique.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Projectile enkysté dans la cuisse droite. — *M. Rollet*, interne des hôpitaux de Lyon, rapporte le cas curieux d'un projectile enkysté dans la cuisse droite avec migration tardive au milieu des tissus.

Pierre V... a reçu, en janvier 1871, un éclat d'obus dans la région fessière droite; cet éclat ne fut pas retrouvé par le médecin traitant. Il y a cinq ans, il remarqua à la partie postéro-supérieure de la

cuisse droite une petite tumeur du volume d'une noisette ; quelques accidents inflammatoires s'étant produits cédèrent à un traitement antiphlogistique. L'an dernier la tumeur ayant augmenté de volume, il entra à l'hôpital.

A l'examen, on reconnaît que cette tumeur est circonscrite, mobile et a comme une sorte de pédicule profond. M. Poncet n'hésita pas à porter le diagnostic de corps étranger enkysté, car, dans la station debout, par pression on pouvait le faire pénétrer dans le haut de la poche kystique, et par palpation le saisir entre le pouce et l'index et le délimiter.

Le 24 novembre, M. Poncet pratiqua une incision verticale et longitudinale dans la longueur du kyste : un flot de liquide couleur chocolat sort en jet et puis apparaît le corps étranger, libre de toute adhérence, et constitué par le tube central d'un obus chargé à balles. (*Lyon-Médical*, 1er janvier 1888.)

Ablation d'un squirrhe du sein gauche ; mort subite sept jours après l'opération.. — Le Dr *Ménière* cite le cas d'une femme de 56 ans qui, atteinte d'un squirrhe au sein gauche, est opérée par lui d'une façon normale, à part quelques menaces de collapsus pendant le sommeil chloroformique, qui apportent un certain trouble pendant l'opération. La cicatrisation marchait très bien et aussi l'état général, lorsque s'étant levée le 7e jour après l'opération pour se rendre à sa chambre habituelle, elle est prise d'un collapsus subit ; transportée rapidement sur son lit, elle meurt au bout de quelques minutes. A quelle cause attribuer la mort ? La malade s'est-elle levée trop tôt ? A-t-elle succombé à une rupture anévrysmale, à une embolie ? S'agit-il d'une intoxication chloroformique ? D'une anémie cérébrale aiguë. C'est cette dernière hypothèse à laquelle paraît s'arrêter l'auteur. (*Gazette de Gynécologie*, 1er février 1888.)

Epithéliome des glandes sudoripares de la région dorsale. — *M. Lancial* rapporte le cas d'un individu atteint d'épithéliome sudoripare dans la région dorsale, affection rare et décrite en 1854 par M. Verneuil, dans les *Archives de médecine*. — Ce malade offrit, il y a dix ans, une production herpétique d'aspect psoriasique et eczémateux, à la région dorsale droite, pour laquelle il avait souvent recours au grattage à cause des vives démangeaisons qu'il éprouvait ; un ulcère ne tarda pas à se montrer. A l'intérieur, on le soumet au traitement arsenical et, à l'extérieur, pommade au salicylate de bismuth. Pas d'amélioration notable. On se décida alors à enlever l'ulcère et les parties sous-jacentes jusqu'au trapèze, à l'aide du thermo-cautère. Le malade guérit parfaitement de sa plaie opératoire.

Examinée au microscope, cette tumeur est reconnue pour être un

épithéliome cylindrique, développé aux dépens des glandes sudoripares; mais, contrairement à ce que l'on croyait de l'adénome sudoripare, ce cas particulier ne résultait nullement d'une infiltration des cellules d'épiderme au niveau des glandes sudoripares, attendu que la prolifération a eu lieu exclusivement dans l'intérieur des glandes sudoripares, sans participation des cellules épidermiques, nettement séparées de l'épithéliome. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 3 février 1888.)

Dr A. Descamps.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1888. — Présidence de M. Le Dentu.

Drainage péritonéal. — M. *Terrier*. MM. Bouilly, Terrillon, Pozzi ont été d'accord dans la dernière séance pour dire que le drainage devait être fait le moins possible.

J'ai fait sept fois le drainage de la cavité péritonéale depuis trois mois : je dis que toutes les fois qu'on doit le faire on doit le faire sans crainte.

Voici les faits : 1° Une ablation de la trompe et d'un kyste hématique qui se rompt. Drainage après nettoyage. Guérison.

2° Pyo-salpingite suppurée. Rupture. Nettoyage avec les éponges. Drainage. Guérison.

3° Kyste hydatique de l'épiploon et des deux ovaires. Rupture d'une poche suppurée. Nettoyage sans lavage. Guérison.

4° Tumeur ganglionnaire du mésorectum. Une poche se rompt. Drainage. Guérison.

5° Kyste multiloculaire chez une femme de 65 ans. Nombreuses adhérences. Drainage. Guérison.

6° Abcès rétro-utérin. Drainage. Guérison.

7° Abcès rétro-utérin fétide. Rupture. Toilette avec éponges. Drainage. Guérison.

Je n'ai jamais fait le lavage du péritoine avec l'eau bouillie.

Je n'ai pas observé cette quantité énorme de liquides suintant par le drain, comme l'a observé M. Bouilly.

Je laisse le drain en place pendant assez longtemps. On peut le laisser quinze jours, trois semaines, sans inconvénient.

Le lavage de la cavité péritonéale peut être utile, mais on peut s'en passer.

On peut faire le drainage un peu plus facilement qu'on ne le fait, et on doit le craindre moins qu'on ne l'a dit.

M. *Terrillon*. Je répondrai à M. Terrier que je n'ai jamais dit que j'avais peur du drainage. Je n'ai eu qu'à m'en louer. Mais le lavage du péritoine peut éviter la nécessité du drainage. Aussi je réserve le drainage pour des cas très graves.

OBSERVATION D'ARTHRECTOMIE DU GENOU POUR TUMEURS BLANCHES, *par M. Delorme*. — RAPPORT. — M. *Chauvel*. Deux des opérés ont guéri sans fistule, deux avec fistule.

Le résultat s'il est définitif dans les deux premiers cas est assez encourageant.

A côté de ces deux cas heureux, il y en a deux où l'ablation de la synoviale n'a pas donné de très bons résultats.

Dans un cas la plaie se rouvrait et persistait encore après huit mois.

Dans l'autre cas, malgré l'ablation de la synoviale, de la rotule, des ménisques, les fongosités se renouvelèrent; on dut ouvrir des abcès cautérisés. Actuellement il y a des fistules et l'état général est assez grave ; il s'agit, il est vrai, d'un homme âgé de plus de 40 ans.

Dans les cas qui ont guéri, la guérison a été un instant menacée par la production d'une fistule.

Il serait bon de suivre le malade pendant un temps assez long pour pouvoir juger de la persistance de la guérison.

Il paraît difficile de tirer des conclusions nettes de ces quatre observations.

Théoriquement, l'arthrectomie est supérieure à la résection, puisqu'elle conserve au membre sa longueur.

Mais pour la faire, il faut apporter la plus grande attention à l'examen de la peau et du tissu sous-cutané que les fongosités peuvent avoir envahi, et qui peut être le point de départ de nouvelles infections.

M. *Terrier*. Je crois que M. Championnière ferait remarquer s'il était ici que la résection donne des résultats supérieurs à l'arthrectomie qui, en somme, n'a été qu'une résection incomplète, puisque M. Delorme a enlevé la rotule dans certaines conditions.

M. *Schwartz*. J'ai eu l'occasion de faire une arthrectomie de l'articulation tibio-tarsienne où des fongosités s'étaient développées consécutivement à une tuberculose extérieure de l'articulation. J'ai enlevé la partie seule de la synoviale malade et une portion de l'astragale. Après un mois et demi à deux mois, le malade marchait et actuellement elle a presque complètement recouvré l'usage de son pied et s'occupe activement aux travaux des champs.

C'est donc un cas favorable à l'arthrectomie, mais c'était un cas au début.

M. *Tillaux*. Quand la lésion est limitée à la synoviale, je crois que l'arthrectomie est indiquée et rationnelle. Je ne suis donc pas de l'avis de M. Terrier.

Pour juger l'opération, il faut attendre des faits. Dans tous les cas, il faut réserver la résection aux cas où les os sont malades.

M. *Kirmisson*. Dans une observation de M. Delorme, il me semble que l'arthrectomie a été le premier traitement employé; je crois qu'on doit essayer les autres méthodes de traitement avant de recourir à une intervention sanglante.

J'ai fait quatre fois la résection du genou et jamais je n'ai trouvé de tubercule dans les os; aussi je crois que, dans un certain nombre de cas, quand on suppose que les lésions sont bornées aux parties molles, l'arthrectomie est de mise.

M. *Reclus*. J'ai soigné dernièrement une femme qui avait une tumeur blanche au genou qu'on avait traitée inutilement pendant des mois par tous les moyens en usage. Je ne lui ait fait que l'arthrectomie. Or, elle vit actuellement très bien, et travaille aux champs avec toute l'activité désirable.

M. *Chauvel*. Je suis de l'avis de M. Tillaux. Je dirai à M. Terrier : quand M. Delorme a enlevé le rotule, c'était pour mieux faire l'arthrectomie, et non parce que le rotule était malade.

Il ne faut pas juger encore les questions; mais il ne faut pas vouloir toujours faire la résection quand même. J'insiste pour ma part sur ce fait que la récidive paraît partie de la peau et du tissu cellulaire, et qu'il faut en faire un examen complet et, au besoin, en réséquer une partie.

M. *Terrier*. J'ai dit que, dans le cas de M. Delorme, la résection me paraissait indiquée.

M. *Tillaux*. On ne doit songer à une intervention que quand on a épuisé les autres moyens.

On doit encourager l'arthrectomie chez les enfants parce qu'on ménage l'épiphyse.

M. *Kirmisson*. Chez les enfants elle sera difficilement applicable, parce que le tubercule débute souvent par l'épiphyse.

AMPUTATION SIMULTANÉE DES QUATRE DERNIERS MÉTATARSIENS, par M. *Nimier*. — RAPPORT. — M. *Chauvel*. L'observation est intéressante en ce qu'elle donne les résultats éloignés d'une opération que j'ai condamnée après Salleron et Legouest.

Plus de cinq ans après l'opération on voit que l'axe du pied n'est pas dévié. Le premier métatarsien a subi une augmentation de volume considérable ainsi que le scaphoïde.

L'appui se fait sur le bord interne des moignons, le pied tourne

souvent en dehors, mais le blessé peut néanmoins marcher pendant 7 ou 8 kilom, et faire son métier de cultivateur.

M. Nimier rapproche cette observation d'une autre de Keister.

On peut donc faire l'opération comme une opération typique.

M. Nimier croit que la déviation en dehors est due à la rétraction des tissus cicatriciels.

M. *Terrier* communique la statistique chirurgicale de l'hôpital Bichat pendant 1887.

HYSTÉRO-TRAUMATISME. — M. *Kirmisson.* Jeune homme de 20 ans, maçon, entré à l'hôpital pour une douleur lombaire consécutive à une chute du haut d'un échafaudage un mois auparavant. Il avait rendu du sang par les vomissements et par les selles; au bout d'un mois il commence à marcher, puis il tomba de sa hauteur. Il entra à l'hôpital, il accusait une douleur spontanée et à la pression au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et première lombaire.

Aussi acceptai-je très volontiers l'hypothèse, qui m'avait été soumise, d'un début de mal de Pott.

Je mis un corset silicaté, il n'y eut pas d'amélioration, au contraire.

Le 8 septembre. Nous vîmes que la sensibilité avait diminué dans le membre inférieur du côté droit.

Le 21 septembre. Le malade avait eu une crise de douleurs très violente.

Le 30 septembre. Difficulté d'uriner.

Le 11 octobre. Survint une véritable crise hystérique. A partir de ce moment, je vis que nous avions affaire à un cas d'hystéro-traumatisme.

Le 15 octobre. Nouvelle crise. En l'examinant, nous vîmes qu'il y avait des stigmates nombreux d'hystérie. Ce diagnostic fut confirmé par M. Charcot, qui le garda dans son service.

P. BAZY.

BIBLIOGRAPHIE

FORMULAIRE PHARMACEUTIQUE A L'USAGE DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. (In-8°, XIV-353 p. Paris, typ. A. Hennuyer, 1887).

La première édition de ce formulaire remonte à 1803, époque où l'École de médecine rédigea une pharmacopée destinée aux hôpitaux; cette pharmacopée ne contenait qu'un petit nombre de médicaments. Plus tard, en 1836, l'administration des hôpitaux, laissant aux médecins une pleine liberté dans le choix des médicaments à prescrire, publia un formulaire consistant en une collection de formules des préparations le plus habituellement employées; ce for-

mulaire avait en même temps pour but de faciliter la comptabilité des hôpitaux en matière de pharmacie. Mais depuis 1836, la matière médicale s'est considérablement accrue, aussi la commission des remèdes nouveaux pour 1887 a chargé M. Bourgoin, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, et M. Constantin Paul, médecin de l'hôpital Lariboisière, de rédiger un nouveau travail ayant pour but spécial de faciliter au médecin le moyen de formuler.

Ce formulaire est ainsi composé : le médicament principal est pris tel qu'il arrive de la Pharmacie centrale ; il est décrit avec ses caractères physiques et chimiques. Ensuite se trouvent décrites toutes les formes pharmaceutiques sous lesquelles il est usité en indiquant la proportion du remède contenue dans chacune d'elles. La même description est faite pour les dérivés. Le médecin trouve donc rassemblées dans une courte notice toutes les formules sous lesquelles il peut employer un médicament.

On trouve en outre dans le formulaire un chapitre important sur la posologie, les poids des gouttes et même les unités électriques ; une liste des solutions pour injections sous-cutanées, une liste des doses maxima pour les médicaments actifs, un tableau indiquant la nature et la quantité des réactifs qui seront délivrés pour les laboratoires des hôpitaux, enfin des indications précises pour la désinfection des malades, de leurs effets, de leurs objets à usage, de leur linge, de leur literie, de leurs meubles et de leurs logements.

Le plan de ce formulaire est très judicieux, mais il serait certainement facile d'apporter de nombreuses critiques de détail, un ouvrage de ce genre ne pouvant être parfait ; nous nous contenterons d'en produire quelques-unes.

Pour les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine, les auteurs indiquent de les faire au millième. La proportion est évidemment beaucoup trop faible. Dans un très grand nombre de cas, par exemple d'atrophie de la papille optique, il est indiqué d'injecter sous la peau de 5 à 6 milligrammes de strychnine et il n'y a généralement aucun inconvénient à arriver rapidement à un centigramme. Avec la solution au millième il faudrait injecter à la tempe, siège indiqué en pareil cas, la valeur de 5 à 10 pleines seringues de Pravaz, ce qu'il serait à peu près impossible de répéter plusieurs fois. Cette proportion rendrait absolument impraticable la méthode de M. Luton, de Reims, qui, chez les alcooliques, va jusqu'à injecter deux centigrammes de strychnine. Aussi nous employons toujours la solution *au cinquantième* qui répond à tous les besoins : nous en sommes quitte pour indiquer plusieurs fois sur nos ordonnances la dose de la substance active et encore cela n'empêche pas toujours les pharmaciens, qui s'en tiennent naturellement

aux indications du Codex, de manifester parfois un profond étonnement.

Les médicaments sont donnés par ordre alphabétique, ce qui est en effet un excellent moyen de s'y reconnaître, mais ne va pas parfois sans certains inconvénients. Par exemple nous voulons savoir ce qu'on donne de strychnine en faisant prendre à un malade des gouttes amères de Baumé ; or il n'y a pas trace de ce médicament à la table des matières ; il n'en est fait de même aucune mention à l'article strychnine et nous devons remonter à l'article fève de Saint-Ignace, chose peu pratique pour le lecteur qui ignorerait l'origine des gouttes de Baumé.

Là d'ailleurs nous ne trouvons nullement le renseignement que nous cherchions, les auteurs se bornant à indiquer la quantité de fèves de Saint-Ignace râpées que l'on doit mettre dans un litre d'alcool à 60° pour fabriquer ces gouttes.

Mais nous ne voulons pas accumuler trop de critiques contre un livre en somme excellent ; tel qu'il est, ce formulaire rendra de nombreux services et il faut féliciter MM. Bourgoin et Constantin Paul de l'avoir rapidement mené à bien.

A. Chevallereau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 12 au 17 mars 1888.

Lundi 12. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Chauffard. — 4e examen, doctorat : MM. Fournier, Landouzy, A. Robin.

Mardi 13. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Dieulafoy, Ballet. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Le Fort, Bouilly, Schwartz. — 3e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Cornil, Fernet, Joffroy.

Mercredi 14. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Damaschino, Segond, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Budin, Delens, Reclus.

Jeudi 15. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Bouilly, Brun. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle Ecole pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Hanot, Troisier.

Vendredi 16. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité :

MM. Lannelongue, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Damaschino, Ollivier, Landouzy.

Samedi 17. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Polaillon, Peyrot. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*Ecole-de-Médecine*. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Hutinel. — 4e examen, doctorat : MM. Laboulbène, Fernet, Quinquaud. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Troisier, Ballet. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Ball. Raymond, Hanot.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 15, à 1 heure. — M. Grattery : Troubles viscéraux d'origine menstruelle. *Président* : M. Brouardel. — M. Texier : Déformation du tronc causée par la sciatique. *Président* : M. Proust. — M. Trazit : Contribution à l'étude de la chlorose fébrile. *Président* : M. Proust. — M. Rochefort : Contribution à l'étude des tumeurs gommeuses du sterno-mastoïdien. *Président* : M. Le Fort. — M. Brée : Des pseudarthroses du corps du fémur. *Président* : M. Panas.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Charrier, de Sauveterre de Guyenne (Gironde), reçu en 1874.

M. le Dr Chevreux, de Charmes (Vosges), reçu en 1833.

M. le Dr J. Courtade, de Mélian (Gers), reçu en 1842.

NOUVELLES

Assistance publique. — Le lundi 12 mars 1888, à une heure précise, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berk-sur-Mer sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, no 3.

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le lundi 13 février 1888, jusqu'au lundi 27 du même mois.

Bureaux de bienfaisance. — Par arrêté en date du 21 février 1888, sont institués médecins des bureaux de bienfaisance de Paris ci-après les docteurs en médecine dont les noms suivent :

2e arr. — MM. Decaudin (Eugène-Louis), Fournel (Charles).

3e arr.— MM. Courtin (Edmod-Albert), Saison (Félix-Amand), Reuflet (Victor-François-Louis-Gaston).

4e arr. — M. Barbillion (Lucien).

5e arr.— MM. Rollin (Georges-Emile-Eugène), Plateau (Isidore-Adrien).

6e arr. — M. Bernard (Jean-Georges).

7e arr. — MM. Boehler (Georges), Le Roy (Lucien).

8e arr. — M. Mérigot de Treigny (Gabriel-Marie-Auguste).

11e arr. — M. Dubief (Henri-Louis-Aristide).

12e arr. — M. Yvon (Louis-Gustave).

13e arr. — MM. Planteau (Jean-Jacques-André), Monnet (Léon-Ernest).

14e arr. — M. Gény (Marie-Edmond).

15e arr. — M. Jacquemart (Léonard-Frédéric-Nicolas).

16e arr. — M. Marciguey (Henri-Théophile).

17e arr. — M. Geneix (Pierre-Marie-Joseph-Jules).

18e arr. — MM. Gougelet (Albert-Scipion-Stéphane), Savoye (Léon-Paul-Henri-Eugène), Petit (Léon), Braine (Paul-Louis), Dusseaud (Jean), Goureau (Théophile-Séraphin-Adolphe).

19e arr. — MM. Orval (Adolphe), Thomas (Marie-Jean Emile), Bernheim (Samuel).

20e arr. — M. Bocquet (Clovis-Alfred).

Congrès français de chirurgie. — 1re session. — Paris 1885. — La séance d'inauguration de la 3e session aura lieu le lundi 12 mars, à 2 heures après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Les autres séances se tiendront dans le même local, le matin à 9 h. 1/2, l'après-midi à 3 heures.

Nota. — On peut se faire inscrire pour être membre de la 3e session jusqu'au 12 mars inclusivement, en envoyant un mandat sur la poste de 20 francs, au secrétaire général, le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme.

Maladies de l'estomac (Hôpital de la Pitié). — M. le Dr V. Audhoui reprendra ses Conférences cliniques sur les maladies de l'estomac, le mardi 13 mars à 10 heures, et les continuera les mardis suivants à la même heure à l'amphithéâtre n° 3. Visite et examen des malades : salles Trousseau et Rayer.

Bulletin de la mortalité *du 26 février au 3 mars* 1888. — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 6. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, Croup, 48. — Phthisie pulmonaire, 231. — Autres tuberculoses, 20. — Tumeurs cancéreuses et autres, 61.

Méningite, 38. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 46. — Paralysie, 7 — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 81.

Bronchite aiguë et chronique, 108. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 117.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 66.

Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 35. — Sénilité, 40. — Suicides et autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 204. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine : 1200. — Résultat de la semaine précédente : 1070.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.


AFFECTIONS CATARRHALES DES ORGANES DIGESTIFS; DIARRHÉES CHRONIQUES
et tout spécialement DIARRHÉE INFANTILE.
Alimentation reconstituante des enfants, jeunes filles, convalescents, personnes débilitées.
CACAO TANNIQUE DE BORVILLE.
Expérimenté dans les HOPITAUX À LA MATERNITÉ et à l'Hospice des Enfants assistés de Paris
DANS TOUTES LES PHARMACIES
GROS : Socté Françse, 11, r. de la Perle, PARIS


PHTHISIE
BRONCHITES, TOUX, CATARRHES
CAPSULES CRÉOSOTÉES
Du Docteur FOURNIER
VIN & HUILE CRÉOSOTÉS (0.20 par cuill.)
Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1878
Ph. de la MADELEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris
Médaille d'OR, Paris 1885

7770.6

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 31 MARDI 13 MARS 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
...ALAIS et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 31 Mardi 13 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Deux observations d'hérédo-syphilis tardive.

I. — Kératite interstitielle double. — Ostéo-périostite de l'humérus. — II. — Triade d'Hutchinson. — Lésion déformante des os du nez ; ulcération gommeuse mutilante du voile palatin.

Par M. Ernest Dupré,
Interne des hôpitaux.

Il s'agit de deux filles, âgées, l'une de 12, l'autre de 14 ans, entrées à l'hôpital Trousseau, au mois d'août 87, dans le service de mon maître, M. Legroux. L'histoire clinique de ces deux fillettes m'a paru mériter d'être sommairement rapportée : d'abord, parce que, en dehors de l'hôpital Saint-Louis, les observations de syphilis héréditaire tardive se comptent ; ensuite parce que, pour ces enfants, pendant quelques jours, le diagnostic était resté hésitant entre la scrofule et la syphilis ; enfin, parce que, sur chacune de nos deux petites malades, nous avons pu, dans l'étude des symptômes suivre à la lettre et jusque dans le détail la description magistrale que donne le professeur Fournier des lésions hérédo-syphilitiques de l'enfance, dans son traité sur la matière.

Observation I. — Marie T..., âgée de 14 ans, entre salle Bouvier, lit 4, le 24 août 87, pour des accidents oculaires dont le début remonte au 15 août dernier.

Les antécédents personnels de la fillette sont : une rougeole dans l'enfance, et une scarlatine récente, soignée dans le service il y a quelques mois, compliquée d'albuminurie.

L'enfant souffre d'une kérato-conjonctivite d'intensité moyenne ; outre le cercle périkératique et l'état dépoli de la cornée, on remarque, à l'éclairage oblique, dans l'épaisseur du parenchyme cornéen, un semis discret de minuscules points grisâtres. Phénomènes fonctionnels bénins : vue brouillée, picotements, un peu de douleur pé-

riorbitaire. Lès deux yeux sont pris ; le gauche plus que le droit, qui n'est malade que depuis deux jours seulement.

Traitement : occlusion de l'œil, lavages boriqués, pommade au précipité jaune, instillations d'atropine; huile de foie de morue à haute dose.

En dépit du traitement, les lésions s'aggravent rapidement, des deux côtés ; au bout d'une semaine, la cornée perd sa transparence totale à gauche, presque complètement à droite ; et, au processus d'opacification de la membrane se joint un processus de néo-vascularisation, tel que de grise la cornée devient, en haut et en dehors, d'un rose vif. Puis la vision devient de plus en plus indistincte et pénible, les douleurs périorbitaires de plus en plus vives, et le sommeil impossible : blépharospasme, épiphora. A droite, où la cornée laisse encore transparaître la forme de l'iris, on voit que, malgré les instillations d'atropine, la pupille est étroite dans son ouverture, irrégulière dans ses contours ; et l'état terne de l'iris, l'acuité de la douleur, décèlent l'iritis.

Devant l'insuccès du traitement et l'aggravation inquiétante des lésions, on était en droit de rapporter les accidents à la syphilis, quoique la petite malade n'offrît aucun stigmate de vérole acquise, lorsque, comme pour lever toute hésitation, je découvris, au niveau du tiers inférieur de la face postérieure de l'humérus gauche, une intumescence osseuse, profonde, régulière, saillante sous le triceps, et modérément douloureuse à la pression. Interrogée, l'enfant fit remonter le début du gonflement et de la gêne articulaire du coude au 15 août, date du début des accidents oculaires : la mobilité du coude, était en effet, limitée, dans l'extension, à l'angle obtus ; l'extension complète était très douloureuse. C'était là, sans contredit une ostéo-périostite subaiguë, peu douloureuse, récente, localisée, et d'origine spécifique. L'examen le plus minutieux ne me fit découvrir aucun autre stigmate de syphilis chez cette enfant. L'interrogatoire des parents ne me permit pas de dépister la syphilis originelle responsable des accidents observés chez notre fillette. Le père, âgé de 40 ans, marié depuis 16 ans, était un cocher alcoolique, ancien paludéen d'Afrique ; la mère se portait bien. Mais, un renseignement d'une majeure importance résulta de notre enquête : les deux époux avaient eu 9 enfants; de ces 9 enfants, ne restaient plus qu'un garçon de 7 ans, bien portant, et notre petite malade ; les 7 autres étaient tous morts en bas âge (14 jours, 18 jours ; deux à 2 mois ; un à 23 mois ; es deux autres à 2 ans), d'affections indéterminées. C'était bien là de la polymortalité des jeunes : aussi j'instituai le traitement : 3 gr d'iodure de potassium, et une friction mercurielle, chaque jour.

Le résultat ne se fit pas attendre : en quarante-huit heures, douleurs,

photophobie, insommie, avaient disparu. Du côté de l'humérus, la tuméfaction se fondit comme par enchantement en une semaine ; et, au bout de dix jours, on n'en trouvait plus trace, et le coude avait recouvré son entière liberté fonctionnelle. Du côté des yeux, les exsudats furent beaucoup plus longs à disparaître que l'acuité des phénomènes fonctionnels. Pendant trois mois, le traitement fut rigoureusement suivi ; et, pendant ces trois mois, au milieu d'une indolescence presque absolue, la lésion poursuivit son cours subaigu, avec les alternances et les oscillations les plus capricieuses, s'améliorant à gauche; pour s'aggraver à droite, puis revenant à gauche par poussées successives, parfois bilatérales : et alors l'enfant, pendant quelques jours, traversait une période d'absolue cécité ; et ses deux yeux présentaient cette apparence étrange, d'une tache de sang jetée sur le champ pupillaire, et empourprant presque toute la cornée.

Enfin, au bout de trois mois, la résorption des infiltrats cornéens entra définitivement dans une voie rapide : et, en quelques semaines, il ne restait plus de la lésion qu'un peu de rougeur de la conjonctive péricornéale, et une apparence troublée, nuageuse, de la cornée, rappelant l'aspect d'une vitre ternie par l'haleine. A la fin de décembre, la petite malade quittait le service, en bon état, grosse et colorée, n'emportant, comme derniers vestiges d'une lésion si grave, que quelques néphélions gris-bleuâtres dans la périphérie de la cornée.

J'ajoute que la petite fille était albuminurique au moment de son entrée à l'hôpital : l'albuminurie, peu considérable, avait augmenté la première semaine de son séjour, dans de notables proportions, alors qu'elle ne suivait pas le traitement antisyphilitique. Lorsque la médication iodo-mercurielle fut instituée, l'albuminerie diminua rapidement ; et, en cinq jours, disparut tout à fait. Et, pendant quatre mois consécutifs, sauf une semaine d'interruption, vers la fin, ce traitement fut suivi avec la tolérance la plus parfaite et sans aucun soupçon d'albuminurie dans l'urine.

Observation II. — Berthe P...., âgée de 12 ans, entre salle Rouvier, lit 12, pour une affection ulcéreuse destructive de la gorge.

Sur la famille nous n'avons pu obtenir aucun renseignement. L'enfant qu'on nous amène est petite, mal développée, rabougrie ; son teint a cette coloration jaunâtre, terreuse, à laquelle Hutchinson attache, au point de vue de l'hérédo-syphilis, une si grande importance diagnostique.

Cette fillette est *sourde*, complètement sourde, depuis deux ans et demi : et cette surdité s'est déclarée rapidement, en quelques jours, sans écoulement d'oreilles, sans fièvre, sans aucune réaction locale ou générale.

De plus, il y a trois ans, quelques mois avant de devenir sourde,

l'enfant, au dire de la personne qui l'accompagne, a été *aveugle* pendant quelques semaines; puis en quelques jours, elle a recouvré la vue et ses yeux se sont guéris : on retrouve actuellement, comme vertiges de cette affection oculaire, quelques néphilions sur les deux cornées, qui permettent le diagnostic rétrospectif de kératite interstitielle double.

Le système dentaire est, dans son ensemble, petit, irrégulier, mal bâti, mal agencé, et fragile. Mais une particularité attire immédiatement l'attention ; c'est, au niveau de la première grosse molaire inférieure droite, cette altération dystrophique singulière à laquelle Parrot a donné le nom d' « *atrophie cuspidienne* ». Tout le segment supérieur de la dent est atrophié et déformé ; il surmonte le reste de la dent, comme « un moignon d'ivoire émergeant d'une couronne normale » suivant l'expression de Magitot. La déformation porte sur la face libre, triturante, de l'organe ; cette surface, au lieu de présenter ces ondulations douces et lisses qu'un sillon léger partage avec symétrie, est au contraire irrégulière, rugueuse, anfractueuse et hérissée de saillies acuminées.

La triade d'Hutchinson est ici au complet. Mais ce n'est pas tout. En effet, le nez de l'enfant présente, au niveau de sa racine, la déformation suivante : aplati et élargi, l'étage supérieur du nez s'étale entre les deux yeux. La palpation note un déjétement en dehors, symétrique, des os propres, dont le relief déplacé se reconnaît sous le doigt, de chaque côté de la racine du nez, un peu en-dessous et en dedans de l'angle interne de l'œil. Sur la ligne médiane de l'organe, le doigt, au lieu de la crête mousse de l'état normal, sent une surface régulièrement aplatie, large d'un centimètre, et étendue de l'espace intersourcilier à mi-hauteur du nez ; en dehors, cette surface est limitée de chaque côté par un rebord un peu plus saillant, semblant appartenir aux bords internes des os propres subluxés et renversés en dehors.

Cette déformation date de quatre mois et s'est produite subitement, sans cause appréciable : mais l'interrogatoire nous apprend que, pendant de longs mois, auparavant, l'enfant saignait souvent du nez, avait l'haleine fétide, surtout le matin, au réveil, et souffrait d'écoulements intermittents, nauséabonds, par les deux narines. — Donc, antécédents d'ozène, et effondrement de la charpente nasale supérieure, consécutif.

Mais l'enfant entre à l'hôpital pour sa gorge. A l'ouverture de la bouche, on aperçoit sur le voile du palais, à 12 ou 15 mm. environ de son insertion osseuse, une perte de substance, siègeant, à peu près symétriquement, sur la ligne médiane, large 0' 0,01 cent. environ de haut, s'élargissant progressivement en bas, d'aspect irrégulier, et de

contours déchiquetés : les bords en sont épais, abrupts, taillés à pic, frangés, comme bourgeonnants en certains points, en d'autres, bourbillonneux et ulcérés : ils sont d'une couleur rose vif, qui, par une dégradation assez brusque, tranche sur le ton pâle de la région.

Au premier abord, on croirait à l'absence de la luette. Mais, par un examen plus attentif, on la découvre, à droite, déformée, exulcérée, et pendante, contre le pilier antérieur droit, avec lequel elle semble faire corps ; néanmoins, avec un stylet, on l'en détache aisément, et on la mobilise autour de son point d'attache, dévié à droite auquel elle est insérée par un pédicule étroit et aminci.

Sur les bords irrégulièrement déchiquetés de la perte de substance se trouvent, de chaque côté, des petits îlots à fond déprimé, gris jaunâtre, à contours orbiculaires, paraissant être des ulcérations récentes. On en remarque une à droite, deux à gauche, et une sur la luette.

En bas, au niveau des limites inférieures et latérales de la perte de substance les piliers antérieurs sont difficilement reconnaissables, à cause des entournures marginales qui en déchiquètent et en frangent irrégulièrement les bords ; à cause de l'infiltration hypertrophique qui les déforme. On aperçoit l'amygdale derrière, qui semble augmentée de volume. Un seul pilier postérieur et visible, celui du côté droit, qui semble refoulé en arrière.

A travers cette entournure du voile, on aperçoit, au fond, la paroi postérieure du pharynx, rouge, injectée, granuleuse et sèche, recouverte en certains points d'un enduit muco-purulent épais, visqueux et adhérent.

Cette ulcération datait de trois mois : elle s'était annoncée brusquement, un jour, par le rejet des boissons par le nez, et l'altération nasonnée de la voix. Actuellement, elle était en pleine activité, à en juger par l'état des bords, rouges, infiltrés, et exulcérés par place. Et il n'était que temps d'enrayer ses progrès dévorants : les troubles fonctionnels étaient à leur comble : déglutition très difficile, la tête renversée ; voix presque inintelligible.

Traitement. — Sirop de Gibert, 3 cuillerées à bouche par jour, attouchements iodés, sur les bords de l'ulcération.

Sous cette influence, l'aspect de la gorge se modifie rapidement, et la perte de substance se rétrécit, lorsque la petite malade prend la scarlatine dans le service (1er septembre). — L'enfant fait une scarlatine régulière, d'intensité modérée dans la fièvre, l'angine et l'éruption. On suspend le traitement spécifique.

Le 22. L'enfant étant en pleine convalescence, on remarque, dans la gorge, sur le bord gauche de la perforation, et, à droite, au point d'attache de la luette, des points jaunâtres, bourbillonneux, cratéri-

formes, d'odeur fétide : le processus gommeux, sous la double incitation de l'angine scarlatineuse récente, et de la cessation du traitement, recommençait ses attaques.

On reprend le traitement, et on pratique quelques attouchements locaux à la glycérine créosotée. Aussitôt, les points de sphacèle se réparent, les bords de l'ulcération se nettoient, se détergent, deviennent roses ; l'infiltration diminue, les lèvres de la perte de la substance se rapprochent, et les troubles fonctionnels s'atténuent dans de notables proportions.

Au bout d'un mois, l'enfant quittait le service, avec un voile palatin réparé dans la mesure du possible, mais encore fendu, d'avant en arrière, dans toute sa hauteur.

Voici donc deux cas d'hérédo-syphilis tardive bien nets où l'enquête sur la famille a été négative. Dans la première observation, la polymortalité des jeunes constituait une forte présomption ; et dans a seconde, la syphilis héréditaire s'affirmait par des lésions trop multiples et trop reconnaissables pour qu'on pût un instant la mettre en doute. Dans les deux cas le traitement a confirmé par ses effets le diagnostic. Chez la première malade, l'albuminurie scarlatineuse semblait s'être prolongée et aggravée par le fait de la syphilis puisque le traitement spécifique a supprimé l'albumine de l'urine. Chez la seconde malade, la syphilis trouvant un pharynx déjà attaqué par la scarlatine, semblait devoir y exercer des ravages plus faciles, lorsque la reprise du traitement a suffi pour enrayer ses progrès. Dans les deux cas, on peut donc voir un exemple des associations infectieuses et une preuve que la moindre atteinte morbide, portée à une viscère, est une invite faite à la syphilis héréditaire latente à se manifester. lorsqu'elle imprègne l'organisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 *mars* 1888. — *Présidence de* M. Siredey.

Traitement du rachitisme par le phosphore. — M. *Comby* a voulu se faire une opinion basée sur des observations personnelles au sujet du traitement du rachitisme par le phosphore à petites doses (un milligramme par jour) proposé par Kassowitz de Vienne. Pour cela, il traite comparativement deux séries de 40 rachitiques, la première par l'huile de morue phosphorée (10 centigrammes de phosphore par litre), la seconde par les bains salés, l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux. Les résultats du traitement par le phosphore administré suivant la méthode de Kassowitz ont été :

21 améliorations, 18 états stationnaires, 1 aggravation. Dans les cas les plus favorables, même après un an de traitement, les incurvations osseuses n'étaient pas redressées. Les résultats de la deuxième série ont été : 2 guérisons complètes, 34 améliorations, 4 états stationnaires. Les bains salés sont donc supérieurs au phosphore ; d'ailleurs on sait depuis longtemps que le traitement maritime est supérieur à tous les autres contre le rachitisme. Provoqué le plus souvent par des infractions aux règles de l'hygiène, le rachitisme doit être combattu par l'hygiène ; les médicaments proprement dits ne doivent venir qu'en seconde ligne.

Intoxication hydatique. — M. *Debove* croit devoir attribuer aux propriétés toxiques du liquide hydatique l'urticaire et la dyspnée qu'il vient de voir survenir dans deux cas, de kyste hydatique, l'un du poumon gauche, l'autre au foie. M. Debove fait remarquer que l'urticaire ne se produit jamais à une seconde ponction, même quand celle-ci porte sur un second kyste indépendant du premier. Dans l'un des cas de M. Debove, l'urticaire fut très propablement due à la pénétration du liquide hydatique dans la plaie ; mais elle peut remonter en dehors de toute pénétration dans les grandes séreuses ou dans les vaisseaux. La nature toxique de l'urticaire hydatique admise par M. Bouchard est démontrée par les expériences de M. Debove qui a provoqué une urticaire localisée en injectant sous la peau de trois sujets du liquide hydatique filtré.

M. Debove pense que, mieux que toutes les théories invoquées jusqu'à ce jour, l'intoxication explique les accidents dyspnéiques, syncopaux et autres disparaissant en 24 heures ou entraînant la mort rapide. La conclusion pratique à tirer de ces faits, c'est qu'il faut éviter tout ce qui favorisera la résorption du liquide hydatique.

M. *Fériol* croit comme M. Debove à la nature infectieuse de l'urticaire hydatique. Cependant la fréquence de l'urticaire n'est pas en rapport avec le grand nombre des kystes hydatiques ponctionnés et d'autre part l'urticaire peut apparaître sans qu'il y ait eu ponction.

M. *Laboulbène* pense que l'analyse du liquide hydatique y démontrerait peut-être la présence de ptomaïnes et de leucomaïnes qui expliqueraient les phénomènes toxiques signalés par M. Debove.

Pathogénie de l'albuminurie. — M. *Hayem* rappelle que l'origine des albuminuries chroniques a été rattachée par les uns à une lésion primitive des reins, par les autres à une altération des matières albuminoïdes du sang, qui, passant par les reins dans les urines, provoqueraient les lésions rénales. Cette dernière théorie présente de nombreuses variantes : Gubler a mis en avant l'augmentation relative de l'albumine dans le sang ; pour Sammala, l'albumine du plasma

passerait à travers le rein par suite d'une altération qualitative qui consisterait dans une augmentation de son pouvoir de diffusibilité; la cause originelle de l'altération du sang devrait être cherchée dans l'inertie fonctionnelle de la peau déterminée par l'impression du froid extérieur.

L'origine hématique du mal de Bright s'appuie non seulement sur des faits cliniques, mais sur des expériences de laboratoire. Parmi celles-ci il faut envisager à part celles dans lesquelles on a introduit dans la circulation des matières albuminoïdes étrangères au sang et d'une constitution différente de celle des albuminoïdes du plasma; ces matières se comportent comme les matières toxiques ou médicamenteuses; l'albumine de l'œuf paraît être la plus mal tolérée. Dans ses expériences de contrôle, M. Hayem a toujours observé avec l'albumine pure une albuminurie passagère.

Quand on injecte des liquides albumineux extraits du sang ou des sérosités pathologiques, il faut distinguer suivant qu'il s'agit : 1° d'un sérum emprunté à l'animal lui-même ou à un animal de la même espèce; 2° d'un sérum emprunté à un animal d'une espèce différente; 3° de sérosités normales ou pathologiques n'ayant pas les propriétés coagulatrices du sérum. En effet, les altérations sont plus marquées dans le second cas que dans le premier, et plus dans le troisième que dans le second. Enfin, il faut encore tenir compte des altérations que ces matières peuvent faire subir au sang de l'animal en expérience.

Il résulte des expériences de M. Hayem que lorsqu'on injecte des liquides albuminaux de provenance sanguine directe ou indirecte, on ne voit se produire de troubles circulatoires que lorsque ces liquides agissent sur les éléments figurés du sang des animaux transfusés. Dans ce cas ils provoquent par coagulation des petites concrétions sanguines (embolies microscopiques) et déterminent dans les reins des troubles circulatoires plus ou moins marqués; en pareil cas on peut observer non seulement l'albuminurie, mais encore l'hématurie et même la suppression plus ou moins complète de la sécrétion urinaire.

M. Frantz Glénard lit un travail sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids dans les cas où les conditions d'âge, de santé, de tempérament, de complications, etc, nécessitent des modifications à la technique de la méthode. C'est ce que M. Glénard appelle l'*individualisation* du traitement.

VARIÉTÉS

L'utilisation agricole des eaux d'égout.

La Chambre des députés a voté, le 25 janvier dernier, un projet de loi relatif à l'assainissement de la Seine et à l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris. Huit cents hectares de terrain situés près d'Achères doivent recevoir des eaux d'égout et de vidange de la ville de Paris. On répétera sur ce point les expériences qui ont déjà si bien réussi dans la presqu'île de Gennevilliers.

Le projet de loi présenté par le gouvernement, vivement combattu par les députés de Seine-et-Oise, n'a été voté que par 261 voix contre 232. Le Sénat, auquel le projet a été renvoyé, vient de saisir le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine du questionnaire ci-après :

1° L'épandage des eaux d'égout, tel qu'il est pratiqué à Gennevilliers et tel qu'il résulterait de l'adoption par le Sénat du projet de loi voté par la Chambre sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine, offre-t-il des dangers au point de vue de la salubrité publique ?

2° Existe-t-il, relativement à la préservation des eaux de la Seine, un système connu meilleur au point de vue de la salubrité publique ?

3° Le système du *tout à l'égout*, pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal, le 28 février 1887, présente-t-il des inconvénients pour la santé publique ?

4° Y a-t-il un système de vidange connu qui offre moins d'inconvénients pour la salubrité publique ?

Le conseil, auquel le questionnaire a été soumis dans sa séance de vendredi dernier 9 mars, en a immédiatement commencé la discussion.

M. Pasteur a pris le premier la parole et il a commencé par rappeler ses propres travaux : « Une science nouvelle est née, a-t-il dit. Ses progrès sont tels qu'en quelques années, elle s'est imposée à l'enseignement supérieur dans toutes les universités du monde. Sous son impulsion, la chirurgie et la médecine transforment leurs méthodes thérapeutiques. Elle a opéré une véritable révolution dans nos connaissances sur les maladies virulentes et contagieuses et ces maladies composent toute la grande pathologie, si l'on excepte le groupe des maladies nerveuses par hérédité. Or, le principe qui domine toute la microbiologie est le suivant : les maladies virulentes et contagieuses ne sont jamais spontanées ; elles ont toutes pour origine un ferment de maladie animé, vivant d'une vie propre, un microbe, et la spontanéité de la vie dans ces êtres microscopiques est aussi chimérique que pourrait l'être la spontanéité de la vie chez

les grands animaux et chez les grands végétaux. Détruisez les microbes de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, de la scarlatine, de la rougeole, de la morve, du charbon, du choléra, etc., placez-les dans des conditions où ils ne puissent plus nuire et jamais vous ne verrez apparaître un seul cas de ces maladies ».

C'est-à-dire qu'il faut remonter à la création du monde, environ deux mille ans avant la naissance de Jésus-Christ, pour trouver l'origine de ces microbes qui n'ont daigné se montrer à nous que depuis si peu de temps. Ils sont évidemment une émanation de Dieu lui-même.

Il faut donc, par tous les moyens dont la science dispose aujourd'hui, détruire ces germes ou annihiler leur funeste influence. Pour cela M. Pasteur ne voit qu'un moyen, c'est de conduire ces germes à la mer.

M. Pasteur a été à peu près seul de son avis. Cependant les autres chimistes du conseil lui ont donné un certain appui. M. Armand Gautier ne voit pas d'inconvénient à l'épandage des eaux d'égout sur le sol, mais il demande que la surface d'irrigation soit proportionnée à la quantité d'eau qu'elle doit recevoir, ce que personne ne contestera; M. Schutzenberger craint que les germes contenus dans les eaux qui ont traversé le sol ne soient pas détruits et que les végétaux ne les ramènent à la surface; M. Schlesing voudrait que les terrains consacrés à l'épuration des eaux d'égout ne fussent pas utilisés pour l'agriculture. Par contre tous les autres orateurs ont apporté à l'appui des idées contraires des arguments absolument typiques.

M. Bourgoin a rappelé que les eaux étaient purifiées beaucoup moins par les agents chimiques que par le sol et il a montré l'exemple des eaux de source.

M. Rochard a montré de même que le sol était un grand atelier d'oxydation des matières organiques et il a rappelé l'expérience concluante de Gennevilliers.

M. Trélat a fait observer que l'eau qui aura traversé le sol sera assurément meilleure que celle qu'on trouve actuellement dans la Seine. On a jeté d'abord trop d'eau à Gennevilliers, comme le faisait également observer M. Lagneau, mais depuis qu'on a diminué cette quantité, les résultats sont excellents.

M. Alphand, qui déjà avait soutenu le projet de loi en qualité de commissaire du gouvernement devant la Chambre des députés et dont le discours plein de faits et de chiffres avait produit la plus vive impression, M. Alphand a cité les résultats acquis par l'expérience depuis dix-sept ans à Gennevilliers. L'opération n'est pas un simple filtrage. Il faut des terrains perméables, mais suffisamment

épais pour que le passage des eaux se produise lentement et que l'oxygène puisse être en contact pendant quelque temps avec les molécules et détruire les microbes.

M. Alphand cite les analyses faites par M. le Dr Miquel en novembre 1887 :

Eau de Seine puisée à Ivry renfermant 5,760 bactéridies.

Au pont d'Austerlitz, 12,000 bactéridies.

A l'égout, 38,000 bactéridies.

Après passage dans le drain :

A Asnières, on trouve 54 bactéridies.

A la Garenne, 915 bactéridies.

Moyenne 479.

Les eaux de source, dont voici l'analyse :

De la Vanne, 115 bactéridies,

De la Dhuis, 595 bactéridies,

Moyenne, 355 bactéridies,

Ne donnent pas des résultats bien meilleurs.

Ainsi les eaux d'égout de Paris après avoir traversé les terrains de Gennevilliers sont notablement plus pures que les eaux de la Dhuis que l'on amène de si loin et à tant de frais. Ces résultats sont aussi remarquables qu'étonnants. Du moins en résulte-t-il quelque inconvénient pour Gennevilliers ? Pas du tout, cette localité est absolument salubre, aussi, sa population a-t-elle triplé et la villégiature devient de plus en plus florissante dans les environs.

On a parlé d'un canal à la mer, mais outre l'énormité de la dépense, ce serait une valeur d'engrais de 30 ou 40 millions perdus sans aucun profit.

M. Michel Lévy, se plaçant au point de vue géologique, trouve les terrains d'Achères excellents ; ce sont des terrains d'alluvion qui s'étendent dans un rayon de 50 à 60 kilomètres. L'écoulement des eaux est très lent et, à son avis, les terrains ne s'encroûteront pas.

M. Proust est également très favorable au projet. Non seulement l'eau qui a traversé le sol de Gennevilliers est absolument épurée, mais l'état sanitaire des villages voisins est tout à fait bon ; il y a eu moins de fièvres intermittentes qu'avant l'irrigation, et le chiffre relativement considérable des rougeoles et des diphtéries est le fait d'épidémies qui existaient également dans d'autres villages de la région. La municipalité de Berlin a même installé son premier asile de convalescents dans le voisinage des terrains irrigués.

M. Proust rappelle que les maladies qui peuvent résulter des irrigations sont le choléra et la fièvre typhoïde ; or, pendant l'épidémie de choléra de 1884, il n'y a pas eu un seul cas à Gennevilliers, bien que les irrigations eussent continué. De même, pendant l'épidémie

de fièvre typhoïde de 1881-1882, le nombre des cas n'a pas été plus considérable à Gennevilliers que dans les autres communes de l'arrondissement.

M. Léon Faucher s'est surtout attaché à montrer l'impossibilité de la solution proposée par M. Pasteur, le canal à la mer, car on ne pourrait jeter en mer les eaux d'égout que pendant les trois heures qui précèdent la pleine mer ; il faudrait donc construire des réservoirs d'une capacité de 180,000 m. c., si l'on voulait déverser les eaux d'égout en mer, et l'évacuation des réservoirs devrait se faire totalement en trois heures. En Angleterre, on a dû renoncer à ce système.

Après la clôture de la discussion on a passé au vote sur l'article Ier du questionnaire.

Par 24 voix contre 7, le conseil décide qu'il n'y a pas de danger au point de vue de la salubrité publique à l'épandage des eaux d'égout. Toutefois, des amendements seront discutés à la prochaine séance fixée à vendredi prochain.

A. CHEVALLEREAU.

NÉCROLOGIE

M. le professeur COMBAL, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, décédé à l'âge de 73 ans. M. Combal était l'un des cliniciens les plus estimés et les plus consultés de toute la région du Midi.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Avis aux candidats à l'internat.* — Aux termes du règlement sur le service de santé, les candidats de l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils ne se sont fait de nouveau recevoir externes.

A la suite du dernier concours, plusieurs externes de troisième année classés au nombre des internes provisoires avaient négligé de se présenter au concours de l'externat et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires.

L'administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires ci-dessus rappelées étaient généralement mal connues, a bien voulu à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée et désormais les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeu
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 32 JEUDI 15 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 32 Jeudi 15 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 14 mars 1888.

Lundi 12 mars a été ouverte la troisième session du Congrès français de chirurgie, tenant ses séances dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. Le professeur Verneuil a ouvert la séance et prononcé le discours présidentiel. Il a remercié d'abord tous ceux qui l'entouraient et étaient venus honorer de leur présence cette première séance. A la gauche du président se tenaient M. Larrey, vice-président, le représentant du Ministère, MM. Peyron, Socin (de Bâle), Pozzi, secrétaire général; les professeurs Panas, Duplay, Guyon, Lannelongue; à droite, M. Gavarret; le doyen, M. le professeur Brouardel; le directeur du Val-de-Grâce, M. Perrin, M. Ollier (de Lyon); dans la salle, M. le professeur Trélat, M. Rochard, etc. Je ne puis citer tous les noms déjà illustres ou destinés à le devenir avant peu, qui étaient venus s'asseoir sur les bancs du grand amphithéâtre. Disons un mot de compliment à l'adresse de M. le secrétaire général, M. Pozzi, qui a su faire orner luxueusement de tentures merveilleusement drapées les murs d'ordinaire si nus de l'amphithéâtre; des tapis moelleux recouvrent le parquet et les bancs sont rembourrés avec assez de soin pour que nous puissions rester sans douleur assis pendant les heures multiples qu'emploieront les nombreuses communications annoncées.

M. le professeur Verneuil a, dans ce style merveilleux dont il a le secret, défendu la chirurgie française de l'accusation gratuite d'un chirurgien étranger qui s'était permis de dire que «nous marchions en boitant derrière la chirurgie allemande. » Lisez donc nos auteurs avant de parler ainsi. Car vous ne les connaissez pas, puisqu'en aucun point de vos travaux on ne trouve cité un nom français. Le spirituel professeur, s'il n'eût été modeste, eût pu trouver un nouvel exemple de cet ostracisme dans une séance du Collège médical de Vienne (5 mars 1888), où M. Lang, découvrant l'hybridité syphilitico-

cancéreuse, ne trouve à signaler à ce propos que « les travaux importants de Hutchinson et Langenbeck » et oublie complètement de noter ceux du professeur Verneuil.

Pour prouver que notre chirurgie française n'est pas en retard sur ses voisins, M. Verneuil démontre que ce n'est pas en opérant quand même, à tort et à travers, sans diagnostic, sans examen préalable du malade même, comme le font certains étrangers, qu'on avancera davantage. Récemment à l'Académie on est venu défendre les *droits* de la chirurgie, on a voulu dire du bistouri. Il n'y a pas de droit, il n'y a qu'un devoir, celui de guérir ses malades.

Ne pas sacrifier la sécurité à la rapidité, telle doit être la règle absolue de tout bon chirurgien. C'est un honneur de la chirurgie française d'avoir toujours été respectueuse de cette loi.

L'éclectisme doit être la règle, et les exemples choisis par le professeur pour le démontrer ont été nombreux. Pas d'opérations en séries, mises à la mode dans le moment. A chaque indication particulière convient une intervention spéciale.

La facilité opératoire n'est pas moins un élément important dans le choix à faire de l'intervention. Il est certain que l'habileté des chirurgiens peut y suppléer. Mais, dans bien des cas, de par son isolement, son éloignement, il ne peut avoir ni les aides ni les instruments nécessaires. Il sera alors bien aise d'avoir une méthode qui lui permette d'être utile malgré son outillage incomplet. Cette *démocratisation de la chirurgie*, pour laquelle a lutté et lutte encore si vaillamment le professeur Verneuil, s'impose de plus en plus. Actuellement toute la province possède des chirurgiens et des chirurgiens habiles, autrefois ils étaient trop localisés dans les grandes villes. Le grand nombre des confrères de province venus au Congrès, les travaux qu'ils ont apportés, sont une preuve des progrès sérieux auxquels coopère la France tout entière.

Le discours du professeur s'est terminé au milieu des applaudissements de tous.

M. Pozzi a pris la parole pour rendre compte de l'état financier du Congrès et a montré comment, en peu de temps, il avait vaincu les hésitations et triomphé de l'indifférence. Actuellement on compte plus de 220 membres sans compter plus de 300 confrères étrangers qui sont venus applaudir à ses succès.

La séance s'est terminée par deux communications de MM. Ollier (de Lyon) et Demons (de Bordeaux). F. V.

L'Académie continue à consacrer une partie de ses séances à la discussion de la prophylaxie de la syphilis. M. le secrétaire perpétuel a lu hier une lettre du maire de Bourges qui suit avec intérêt les

discussions des séances de l'Académie et cherche à en faire profiter ses administrés. L'arrêté qu'il a pris au mois d'octobre dernier a déjà donné des résultats montrant que, dans toutes les communes où il y aura un maire intelligent et décidé comme celui de Bourges, il sera au moins possible d'apporter à l'état actuel de notables améliorations. Ce ne sera pas sans de nombreux tiraillements et parfois sans des oppositions très vives, mais le maire de Bourges a montré qu'on pouvait tirer même de la législation actuelle des éléments sérieux pour la répression de la prostitution.

La discussion a continué par un discours de M. Laborde, qui demande la nomination d'une commission mixte réunissant la double compétence administrative et médicale.

M. Brouardel, qui a combattu très énergiquement les conclusions primitives de la commission, croit que la meilleure solution serait de demander la création d'une loi de police sanitaire. L'Académie ne sortirait pas ainsi de son rôle et aurait beaucoup plus de chances de voir accepter ses délibérations par les pouvoirs publics.

Il resterait cependant une grosse difficulté, celle des mineures dont les tribunaux auront de la peine à réclamer l'inscription sur le livre des prostituées. C'est de cette difficulté que nous entretient M. Théophile Roussel qui, dans un long discours écrit, étudie les causes de la prostitution chez les mineures et recherche les moyens de la réprimer.

D'autres communications ont été faites dans cette même séance. M. Queirel (de Marseille) a résumé les bons résultats qu'il avait obtenus en donnant l'antipyrine chez vingt femmes en travail; M. Doyen (de Reims) a cherché à montrer la similitude des symptômes de l'érysipèle et de la fièvre puerpérale; M. Jules Baeckel, de Strasbourg, a montré la supériorité des résultats obtenus chez les enfants par la résection du genou comparée à l'arthrectomie; enfin M. le professeur Poncet (de Lyon) a rapporté un cas très rare de luxation pathologique en avant du nerf cubital droit.

Dans le comité secret qui a suivi cette séance, M. Laboulbène a lu un rapport sur les candidats au titre de correspondant (1re division). Dans la prochaine séance la liste suivante sera présentée : En première ligne M. Leloir (de Lille); en deuxième ligne M. Lépine (de Lyon); en troisième ligne *ex æquo* MM. Chédevergne (de Poitiers) et Mordret (du Mans); en quatrième ligne *ex æquo* MM. Fabre (de Commentry) et Morache (de Bordeaux).

A. Ch.

Quelques rétrécissements de l'urèthre contre lesquels l'uréthrotomie interne est efficace.

Par le Dr Henri Picard.

Dernièrement, dans ce journal, j'ai publié l'observation d'un ataxique de 70 ans qui, se trompant un jour de flacon, plonge sa sonde dans une solution caustique d'acide phénique au lieu d'huile et se l'introduit dans l'urèthre, erreur bientôt suivie d'un rétrécissement pénien très dur, contre lequel je procédai à la dilatation, malgré mes préférences pour l'uréthrotomie interne.

A cette préférence une objection peut être faite. Cet homme, en effet, étant obligé de se sonder plusieurs fois par jour, le lecteur se sera demandé si le frottement répété du cathéter sur la plaie uréthrale n'aurait pas offert de graves inconvénients.

Or, voici un fait prouvant qu'au moins dans certaines circonstances cette manière de faire n'offre aucun danger. Appelé, il y a peu de temps, auprès d'un malade de 76 ans, atteint d'une rétention complète d'urine causée par un rétrécissement multiple, très dur et très difficile à franchir, au travers duquel je ne pus passer qu'une bougie filiforme ; je pratiquai, séance tenante, l'uréthrotomie interne. Mais ce malade ne put, après l'opération, exonérer sa vessie que pendant deux jours. Depuis ce moment, la miction n'a pu s'accomplir qu'avec la sonde, et cela, sans qu'il en résulte ni souffrance ni fièvre.

Ce résultat, on l'eût certainement bien plus difficilement obtenu avec la sonde à demeure qui seule, dans le cas présent, eût pu le disputer à l'uréthrotomie interne. Avec elle, en effet, les souffrances eussent été plus vives, plus prolongées, à ce point qu'on peut même se demander si son maintien dans le canal eût été possible assez longtemps pour donner libre passage consécutif à l'urine ou à la sonde, car, lorsqu'il y a rétention complète d'urine et, par suite, irritation et cystite du col, le séjour persistant d'une bougie dans le canal, si petite soit-elle, et son frottement sur l'orifice uréthro-vésical et le trigone deviennent tellement insupportables que force est de l'enlever. Je conseillerai donc, dans un cas semblable au mien, surtout si le malade est vieux, d'agir comme moi, l'uréthrotomie ne s'opposant nullement au passage consécutif des sondes.

La même opération ne saurait être trop recommandée contre les rétrécissements compliqués de fistules. Voici plusieurs exemples prouvant son efficacité dans ces cas spéciaux.

Obs. I. — Un employé de commerce de 36 ans, atteint d'un rétrécissement compliqué d'une fistule derrière les bourses, a été traité par la dilatation temporaire progressive et la compression digitale.

Sous l'influence de ce traitement, la fistule se ferme de temps à autre, mais ne se bouche pas définitivement, malgré la persévérance dans le traitement. A la suite de l'uréthrotomie, par contre, cette fistule se tarit complètement et cela pour ainsi dire instantanément ; l'oblitération persistant deux ans après l'opération sans avoir laissé passer une seule goutte d'urine.

Obs. II. — Un ingénieur de 77 ans, encore très vigoureux et très actif, porte, depuis quatorze ans, 4 fistules : une en arrière des bourses, deux sur celles-ci, la quatrième à droite du pubis, qui laissent passer tant d'urine que ce malade est obligé de se garnir. Or, consécutivement à l'uréthrotomie, le premier mois, une seule des fistules, celle du pubis, laissa échapper deux ou trois gouttes d'urine. Dans la suite, et pendant les cinq ans que le malade vécut encore, ce fut un véritable soulagement, puisqu'il n'était plus contraint de se garnir et pouvait se livrer à ses nombreuses occupations, l'écoulement de l'urine étant réduit à un simple suintement.

Obs. III. — Un ouvrier passementier de 45 ans est atteint d'un rétrécissement compliqué d'une fistule périnéale dont les tissus circonvoisins offrent une dureté considérable. Le rétrécissement a été traité par la dilatation temporaire progressive, et la fistule par la cautérisation ignée dans un hôpital de Paris ; mais, malgré cela, celle-ci suinte à chaque miction, ne se bouche qu'à la suite de l'uréthrotomie, et depuis plus de deux ans, n'a pas laissé passer une seule goutte d'urine. Cependant, le périnée d'un ouvrier passementier se trouve dans de bien mauvaises conditions, puisque celui-ci travaille continuellement assis à cheval sur un banc de bois taillé en dos d'âne qui comprime durement les tissus.

Obs. IV. — Un employé d'une des grandes administrations de l'Etat porte un rétrécissement qui s'est compliqué d'une fistule il y a quatre ans. Celle-ci, située en arrière des bourses, au fond d'un cul de poule profond, très dur, laisse passer beaucoup d'urine et se ferme spontanément et définitivement après l'uréthrotomie, puisque, depuis plus d'un an, la plus petite quantité d'urine ne s'en est échappée.

Toutes ces uréthrotomies ont été pratiquées avec l'uréthrotome de Maisonneuve et la lame n° 22. Une sonde n° 18 a été laissée pendant 36 heures à demeure consécutivement à l'opération, et la dilatation subséquente, commencée quinze jours après, a été poussé jusqu'aux numéros 25, 26 et 27 de la filière Charrière.

de fièvre typhoïde de 1881-1882, le nombre des cas n'a pas été plus considérable à Gennevilliers que dans les autres communes de l'arrondissement.

M. Léon Faucher s'est surtout attaché à montrer l'impossibilité de la solution proposée par M. Pasteur, le canal à la mer, car on ne pourrait jeter en mer les eaux d'égout que pendant les trois heures qui précèdent la pleine mer ; il faudrait donc construire des réservoirs d'une capacité de 180,000 m. c., si l'on voulait déverser les eaux d'égout en mer, et l'évacuation des réservoirs devrait se faire totalement en trois heures. En Angleterre, on a dû renoncer à ce système.

Après la clôture de la discussion on a passé au vote sur l'article Ier du questionnaire.

Par 24 voix contre 7, le conseil décide qu'il n'y a pas de danger au point de vue de la salubrité publique à l'épandage des eaux d'égout. Toutefois, des amendements seront discutés à la prochaine séance fixée à vendredi prochain.

A. CHEVALLEREAU.

NÉCROLOGIE

M. le professeur COMBAL, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier, décédé à l'âge de 73 ans. M. Combal était l'un des cliniciens les plus estimés et les plus consultés de toute la région du Midi.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Avis aux candidats à l'internat.* — Aux termes du règlement sur le service de santé, les candidats de l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions que s'ils ne se sont fait de nouveau recevoir externes.

A la suite du dernier concours, plusieurs externes de troisième année classés au nombre des internes provisoires avaient négligé de se présenter au concours de l'externat et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires.

L'administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires ci-dessus rappelées étaient généralement mal connues, a bien voulu à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée et désormais les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Arthrectomie du genou. — M. *Jules Bœckel*, de Strasbourg, adresse à l'Académie une note sur une série de douze cas d'arthrectomie du genou ; il attire l'attention sur les résultats immédiats et définitifs de l'arthrectomie du genou, les compare à ceux de la résection et cherche à établir la valeur de ces deux opérations parallèles.

L'ankylose s'obtient plus difficilement après l'arthrectomie et, dans bon nombre de cas, on voit survenir, chez les enfants surtout, des difformités consécutives, telles que valgus, flexion angulaire plus ou moins prononcée. Tous les inconvénients de l'arthrectomie : suppuration prolongée (chez les enfants), séjour plus long à l'hôpital, persistance des fistules, consolidation tardive, difformités ultérieures ne sont rien auprès de celui-ci que le raccourcissement est au moins aussi considérable qu'après la résection.

M. J. Bœckel conclut donc à la supériorité de la résection chez les enfants. Chez les adultes, au contraire, l'arthrectomie est moins grave que la résection, bien que la mortalité de cette dernière ait considérablement baissé dans ces derniers temps. Aussi fera-t-on bien d'y avoir recours chaque fois que les circonstances s'y prêteront, quitte à faire ultérieurement la résection si quelque complication venait à surgir.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (2e division). Nous avons publié il y a huit jours la liste de présentation.

Pour la première place, sur 49 votants, majorité 25, M. de Saboia (de Rio-Janeiro) est élu au premier tour par 45 voix contre 2 à M. Mac Cormack (de Londres), 1 à M. Sayre (de New-York) et 1 bulletin blanc.

Pour la seconde place, sur 53 votants, majorité 27, M. Lusk (de New-York) est élu au premier tour par 42 voix contre 9 données à M. Marc Cormack et 2 à M. Horsley (de Londres).

Luxation pathologique en avant du nerf cubital droit. — M. *le professeur Poncet* (de Lyon) le 16 février dernier, chez un enfant, fit directement, au niveau du nerf déplacé, une incision de seize millimètres et put ainsi ramener le nerf dans la gouttière où il fut maintenu par des points de suture au catgut. L'enfant se sert actuellement de son articulation comme par le passé. (Comm. MM. Duplay, Labbé, Panas.)

De la prophylaxie de la syphilis. — M. *le secrétaire perpétuel* lit de la part de M. *le maire de Bourges* une lettre relative à cette question. M. le maire envoie à l'Académie le texte d'un arrêté qu'il a pris le 29 octobre dernier et d'après lequel les filles ou femmes de mauvaise vie, notoirement connues pour se livrer à la débauche, ne

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 32 JEUDI 15 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

sement officiel du nombre des filles mineures inscrites sur le registre de la police n'a donné que des résultats absolument incomplets; la plupart de filles prostituées mineures ne se faisant pas inscrire.

L'étiologie de la prostitution chez les filles mineures consiste dans l'absence de famille ou dans les mauvaises conditions dans lesquelles se trouve celle-ci.

M. Th. Roussel propose de renvoyer à l'examen de la commission le paragraphe demandant que les filles mineures soient renvoyées dans leur famille ou mises dans des maisons de correction lorsqu'elles sont saines ou soignées, lorsqu'elles sont malades, dans un hôpital-prison.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance d'ouverture 12 *mars* 1888. — *Présidence du* Pr VERNEUIL.

La séance est ouverte à 2 heures.

M. *Verneuil* prononce le discours d'ouverture souvent interrompu par les applaudissements.

M. *Pozzi*, secrétaire général, donne le compte rendu de l'état des finances du Congrès. Le nombre des membres s'est augmenté. Les frais se sont élevés à 5,558 fr. 50, et les recettes n'ont atteint que 4,732 fr. Le déficit a été comblé par un emprunt sur les parts de fondateurs. Mais actuellement le capital s'élève à 23,100 fr. ce qui permet de regarder la position financière comme assurée.

M. *Ollier* (de Lyon). La résection du poignet est parmi les autres résections une de celles qui a été la moins rapidement mise en pratique. En 1870 on n'en comptait que 70 exemples et seize ans plus tard on pouvait réunir 170 cas. Aujourd'hui on la pratique plus souvent et M. Ollier l'a déjà faite 40 ou 50 fois. — L'orateur ne veut parler ici que des résections orthopédiques, c'est-à-dire faites pour rétablir le fonctionnement d'articulations ankylosées. Autrefois l'ankylose était recherchée comme idéal de toute résection, il était donc naturel de ne pas entreprendre une résection contre l'ankylose.

Pour obtenir la persistance des fonctions il faut enlever des extrémités osseuses plus qu'il n'est rigoureusement nécessaire pour le rétablissement immédiat; il faut conserver non seulement les tendons agissant sur les doigts, mais encore tous ceux qui s'insèrent autour ou sur le carpe et doivent agir sur le poignet. Les mouvements du pouce peuvent eux-mêmes être conservés. Grâce à ce maintien de l'article par ses tendons les mouvements d'extension et

de plexion des doigts sont plus énergiques, et trouvent un point d'appui sur la néoarthrose exactement maintenue par les muscles conservés. C'est ainsi que certains malades ont pu exécuter des mouvements de redressement de la main avec des haltères de 8, 10, 18 kilogs. Le redressement et la flexion n'ont pour les besoins ordinaires pas à dépasser un arc de 40 à 50°.

Dans deux autopsies de résections tardives, M. Ollier a pu constater qu'il se faisait un coussinet ostéo-fibreux entre les extrémités osseuses dans lequel étaient disséminés de petits noyaux osseux.

Grâce à la bénignité apportée par l'emploi de l'antisépsie, grâce à la conservation des muscles péricarpiens et à la réfection d'une articulation énergiquement automobile à la suite de la résection, on peut tenter celle-ci pour remédier aux ankyloses du poignet, que l'on ait besoin de faire une résection partielle ou totale.

M. *Demons* (de Bordeaux). Quoique regardant la laryngectomie comme une opération à laquelle on a, à bon droit, fait les plus grands reproches, M. Demons croit qu'il est certaines circonstances où on est autorisé, ou même l'on doit la tenter.

Deux malades de M. Moure (de Bordeaux) ont été opérés par M. Demons. L'un avait un épithélioma avec propagation ganglionnaire, grâce à la canule de Trendelenburg, l'opération se fit assez simplement, mais le malade mourut au bout de neuf mois de récidive au niveau de la base de la langue.

Le cas était mauvais, et ce n'est que sur les instances du malade qu'on put se décider à opérer. Chez le deuxième malade, l'épithélioma était limité au larynx. Au bout d'un mois, le malade était guéri de son opération et actuellement, au bout de dix mois, il reste guéri, vivant de la vie de tout le monde et pouvant se faire entendre très convenablement.

On peut conclure qu'il faut rejeter la laryngectomie lorsque l'on a affaire à un carcinome ou que la lésion a dépassé le larynx; que, dans les cas où la cavité seule est envahie, cavité dont les lymphatiques sont très tardivement pris (Krishaber), on ne peut se trouver dans de meilleures conditions pour espérer obtenir une guérison définitive par l'ablation de l'organe malade. C'est une mauvaise opération dans certains cas, c'est une bonne opération dans d'autres.

M. *Dupont* a pratiqué, il y a un an, l'ablation totale du larynx pour éviter l'entrée du sang dans la trachée et la canule de Trendelenburg, qui peut sortir dans un accès de toux, la trachée a été, après section et dissection, ramenée en avant, maintenue avec un point de suture, de sorte que, par suite du changement d'axe, il fut impossible à une goutte de sang de pénétrer dans la trachée.

M. *D. Mollière* (de Lyon) fit l'ablation du larynx en se servant de

la canule de Trendelenburg, elle donna les meilleurs résultats. On conserva une corde vocale non atteinte, et on n'enleva qu'une portion de l'épiglotte ; la moitié du cartilage thyroïde, le cricoïde furent maintenus, de sorte qu'on n'enleva que le tiers du larynx à peu près. Dès le troisième jour le malade put s'alimenter. Un mois après, il sortait guéri complètement. La canule fut laissée en place sans être retirée pendant dix jours, et fut mieux supportée qu'une canule ordinaire. M. D. Mollière a été surpris de la facilité opératoire, du résultat fonctionnel excellent, et ne saurait trop s'associer aux conclusions de M. Demons.

Dr F. V.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Charoulet, de Lascelles (Cantal), décédé à l'âge de 95 ans.

M. Douffy, officier de santé à Moirdon-la-Rivière (Loire-Inférieure), reçu en 1859.

M. le Dr Ducos, de Romilly (Aube).

M. le Dr Roumégout, de Belley (Gironde).

NOUVELLES

Stagiaires aux eaux minérales. — L'Académie de médecine met au concours deux places de stagiaire aux Eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1888.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1889.

Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chacun des candidats nommés.

Bureaux de bienfaisance. — *Création de services dentaires gratuits.* — Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du vendredi 2 mars a, sur le rapport de M. Georges Berry, voté le projet suivant :

« Le Conseil,

« Vu la demande de la Chambre syndicale de l'art dentaire, qui a organisé depuis cinq ans un service gratuit en faveur des indigents et des écoles municipales,

« Délibère :

« La Chambre syndicale de l'art dentaire est autorisée à créer des services gratuits dans les bureaux de bienfaisance et dans les dispensaires de la ville de Paris et à s'entendre avec l'Administration pour cette création. »

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

…-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 33 SAMEDI 17 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
… et E. LECROSNIER
Place
…de-l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — …eur de clinique chirurgicale, …de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER — …eur agrégé à la Faculté, …urgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

…ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
…ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 33 Samedi 17 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement palliatif du cancer utérin.

Lorsque l'antisepsie permanente et soignée du cancer utérin ne suffit pas à atténuer les symptômes parfois intolérables déterminés par la lésion, lorsque surviennent des complications qui peuvent mettre rapidement en danger les jours de la malade, il faut dès lors recourir à divers moyens palliatifs d'ordinaire simples et dont les résultats sont presque toujours excellents.

Deux dangers menacent les patientes presque dès le début de l'affection, mais sont encore plus à craindre lorsque la lésion est avancée et est devenue inopérable. Ce sont les hémorrhagies répétées, parfois continues et les douleurs intolérables, constantes, épuisantes.

Les hémorrhagies seront très souvent combattues par l'asepsie telle que nous l'avons décrite, mais souvent aussi, elle restera impuissante. Il faudra alors avoir recours à d'autres procédés.

Deux sont en présence qui ont donné d'excellents résultats. Le curage et la dilatation.

Le curage consiste dans l'ablation aussi étendue qu'il sera possible de tout le tissu morbide. Préconisé par Vuillet comme moyen curatif et comme moyen d'exérèse, il faut savoir qu'on ne peut guère compter sur lui que comme palliatif. Néanmoins, on devra le faire aussi complet que possible. Comment l'exécuter? Après avoir préalablement préparé la malade par les soins que nous avons indiqués, après avoir assuré l'asepsie vaginale, on placera la patiente dans la position du spéculum. Puis après l'avoir endormie avec le chloroforme on commencera l'opération.

Le vagin est largement maintenu ouvert avec un spéculum de Cusco, ou encore mieux avec les écarteurs de Richelot. Ils doivent

être confiés à des aides exercés autant que possible et qui suivront tous les mouvements du chirurgien pendant l'opération, de façon à pouvoir le seconder.

Cela étant fait, avec une pince de Museux, ou mieux avec les pinces plates à dents engrenées que Richelot a fait construire dans ce but, on saisira fortement, en plein col utérin, de façon à prendre un point d'appui solide, ce qui est parfois difficile à cause de la friabilité même du cancer utérin. Néanmoins, après plusieurs prises infructueuses, qui ont arraché une partie des tissus superficiels, on pourra arriver sur un tissu plus résistant et la pince se trouvera ainsi solidement amarrée sur l'utérus. Par une traction, que l'on peut faire assez forte, on essaiera d'abaisser l'organe jusqu'à ce qu'il vienne faire saillie à la vulve. Malheureusement nous avons vu que, lorsque le cancer était inopérable, presque toujours l'utérus était fixé fortement dans le petit bassin, le vagin devenu rigide ne pouvait plus se laisser déplisser et cet abaissement devenait impossible. La pince n'en sera pas moins d'un grand secours, non pas pour abaisser puisque cela est impossible, mais pour maintenir fixe l'organe sur lequel on va agir.

Après avoir fait une nouvelle injection au sublimé, on se saisira de la curette à long manche qui permet d'agir à une certaine profondeur, puis bravement, par des mouvements rapides, on évidera à plein tissu malade, en enlevant par raclage tous les tissus fongueux qui se présentent.

Dans la plupart des cas, ce raclage est facile et on pénètre facilement dans le tissu morbide. Peu à peu, on creuse ainsi une cavité qui devra n'être plus bornée que par les tissus sains. C'est ainsi que Vuillet a pu, dans certains cas qu'il a publiés, évider tout l'utérus, et faire une véritable ablation par raclage, ne laissant en quelque sorte que la tunique séreuse épaissie comme coque de l'ancien organe.

Le raclage au niveau des culs-de-sac sera plus périlleux, il faut se rappeler que là, en effet, les parois du vagin sont immédiatement en contact avec le péritoine, surtout au niveau du cul-de-sac postérieur, que de plus, et ceci est très important, il peut y avoir déjà extension du néoplasme jusqu'aux parois des organes voisins, vessie en avant, rectum en arrière, et que, par suite, on serait exposé par un raclage trop radical à produire des fistules vésico ou recto-vaginales qu'il faut autant que possible éviter, pour ne pas ajouter encore au triste état de la patiente.

En résumé, on peut agir avec assez de sécurité tant qu'on opère au niveau de la cavité utérine, rarement prise dans toute l'étendue de ses parois, dont l'épaisseur est assez considérable d'ordinaire pour mettre à l'abri de toute perforation; au contraire, au niveau des culs-de-sac, savoir que l'on court des dangers et ne racler qu'avec

grande précaution. Et cela d'autant plus que l'on ne fait qu'une opération palliative, que l'on peut refaire plusieurs fois sans inconvénients, et que l'on n'a nullement l'intention d'enlever tout le tissu morbide.

Pendant le raclage, il s'écoule du sang en assez grande abondance, mais beaucoup moins qu'on ne pourrait le supposer, étant données les hémorrhagies spontanées qui s'étaient produites. Il faudra pourtant agir vite pour diminuer autant que possible la durée de cet écoulement sanguin, qui s'arrête assez facilement dès que l'on fait, dans le vagin et sur le lieu opératoire, une injection de solution de sublimé très chaude pendant quelques minutes.

Le pansement sera fait au moyen de tampons d'ouate iodoformée qui feront une compression modérée et arrêteront définitivement tout écoulement sanguin.

Ce curage utérin empêche dans la plupart des cas toute hémorrhagie ultérieure; nous verrons dans un instant qu'il peut aussi être employé contre les douleurs et nous dirons pas quel mécanisme.

Un autre procédé moins efficace a été défendu aussi pour empêcher les hémorrhagies dangereuses dues au cancer utérin; c'est la dilatation du col et de la cavité utérine. Celle-ci sera faite progressivement avec de petits tampons de gaze iodoformée, attachés en queue de cerf-volant et introduits doucement dans le col utérin; on pourra aussi se servir de tiges de laminaire ou d'éponges préparées; mais elles devront subir une préparation spéciale. Elles devront être soigneusement désinfectées avant d'être introduites et laissées à demeure dans la cavité utérine. Le meilleur procédé employé pour ce faire est de les conserver dans un flacon rempli d'éther iodoformé à saturation. Aucun inconvénient n'en résulte pour l'éponge préparée, qui s'imprègne d'iodoforme dans toutes ses parties et ne subit aucune dilatation du fait même de l'imprégnation par l'éther.

Je n'insiste pas sur la dilatation, j'aurai à y revenir lorsque je traiterai de ce moyen si employé et d'une si grande utilité dans presque toutes les affections utérines sur lesquelles j'aurai à revenir.

Disons ici que son action semble purement mécanique. De par le fait même de l'augmentation de volume de la tige de laminaire ou des cylindres d'éponge préparée introduits dans la cavité utérine, il se fait une véritable compression de dedans en dehors, compression qui n'a d'autre effet que de fermer les vaisseaux, de les oblitérer et par suite de supprimer l'écoulement sanguin.

Ce moyen est très bon dans les cas où l'hémorrhagie n'est pas trop abondante; mais il faut savoir que, dans les cas où l'excroissance cancéreuse est très volumineuse, où la déformation du col est consi-

dérable, il est parfois difficile de trouver l'orifice utérin et par suite impossible d'y introduire le corps dilatateur.

Aussi le curage doit-il être préféré dans la plupart des cas à la dilatation et est-ce à lui qu'on doit recourir le plus souvent.

Outre son action sur les hémorrhagies, j'ai dit, en effet, qu'il agissait aussi sur les douleurs, double avantage qui n'est pas à dédaigner.

Les douleurs tenant au cancer utérin sont, dans certains cas, intolérables et contribuent dans une large part à affaiblir les malades et à entraîner plus rapidement encore l'issue fatale.

Les douleurs sont de plusieurs ordres ou plutôt tiennent à plusieurs causes. Ici, plus qu'en toute autre région peut-être, c'est l'étiologie qui doit commander la thérapeutique. Le cancer lui-même peut être douloureux, mais j'ajoute que ce n'est généralement pas quand il est limité à l'utérus lui-même, organe peu sensible sinon dans certaines fonctions, mais seulement quand il a envahi les parois vaginales dont la sensibilité à la douleur est considérable. Ici je dois dire en passant que ces phénomènes de douleurs vives sont presque toujours l'indice de l'envahissement vaginal et par suite un signe important qui doit faire penser à la non-intervention radicale.

Les douleurs peuvent être de cause rectale ou de cause rénale. Les premières sont dues à des phénomènes de rétention par compression du rectum ou par paralysie de l'organe. Les matières fécales s'accumulent dans l'iliaque et si l'on vient à palper la région iliaque gauche, on découvre les scybales en quantité, formant de l'intestin un énorme cylindre qu'il sera presque toujours facile de sentir. Ajoutons encore qu'à ce signe local s'ajoutent tous les signes de la rétention fécale : ballonnement du ventre, coliques, douleurs abdominales, état gastrique, etc., ajoutons encore des phénomènes tenant à l'irritation du rectum, de l'S iliaque dû à la présence même des matières durcies et accumulées et on aura l'explication de ces symptômes de ténesme, d'épreintes anales, de sensation de corps étrangers rectaux, accompagnés d'écoulements glaireux, sanguinolents parfois par le rectum, sans qu'il y ait perforation du rectum par ulcération cancéreuse propagée de l'utérus au rectum.

Dans ces cas, les lavages rectaux, répétés fréquemment, les lavements introduits avec une sonde œsophagienne en *caoutchouc rouge* pour éviter toute perforation au niveau de la partie supérieure de la cloison rectò-vaginale, les purgatifs salins donnés à jour fixe pendant quelque temps pour maintenir les selles normales et prévenir la rétention seront tout autant de moyens auxquels il faut avoir recours pendant un temps prolongé. Que si ces moyens restent impuissants, et aussi dans le cas où une perforation recto-vaginale s'est faite, où aux douleurs de rétention mécanique s'ajoutent les douleurs par con-

tact des matières fécales avec le cancer propagé au rectum, il faudra demander au chirurgien d'établir un anus contre nature. C'est à l'anus de Littre qu'il faudra avoir recours et on sera parfois stupéfié de la quantité prodigieuse de matières fécales qui s'étaient accumulées et qui viendront faire issue par l'ouverture artificielle qu'on leur a offerte. Les douleurs après l'opération cessent comme par enchantement, et la vie peut être prolongée par le fait même du rétablissement d'une fonction supprimée et aussi importante que la défécation, et aussi par la disparition des douleurs qui empêchaient tout repos à la patiente.

Les douleurs vésicales et les douleurs rénales sont fréquentes aussi, mais généralement plus graves. Elles tiennent à la compression des uretères sur les côtés du col de l'utérus par l'envahissement du néoplasme. Cette compression détermine la dilatation de l'uretère, l'uréthrite, puis progressivement amène tous les phénomènes de la néphrite interstitielle par rétention urinaire. Les douleurs rénales, lombaires, les douleurs vésicales surviennent accompagnées de cystite, de ténesme vésical, etc. C'est alors contre la néphrite, contre la cystite qu'il faudra lutter par des lavages vésicaux, la révulsion au niveau de la région lombaire, les diurétiques. Malheureusement, on sera presque toujours désarmé contre cette complication, dans l'impossibilité où l'on est de pouvoir ramener le calibre urétéral. C'est donc encore ici par les palliatifs, par les opiacés, par les calmants qu'il faudra chercher à calmer cet état douloureux, auquel la mort, avec des phénomènes urémiques dans la plupart des cas, apporte un terme fatal. Parfois l'ouverture de la vessie par le cancer utérin et l'établissement d'une fistule vésico-vaginale calme pour quelque temps les phénomènes de cystite douloureuse; mais malheureusement, la marche de la lésion rénale n'en est pas entravée et l'urémie suit son cours inéluctable.

Il nous reste à parler des douleurs tenant au cancer lui-même, à l'envahissement des parois. Dans ces cas, au début, on pourra calmer les souffrances par l'antisepsie soignée, des pulvérisations de poudre d'iodoforme, excellent anesthésique dans ces cas, des lavages fréquents; puis si les douleurs augmentent, on aura recours au curage tel que je l'ai indiqué plus haut et qui après, pour un temps parfois prolongé, supprime en grande partie les douleurs. Enfin, on devra avoir recours aux anesthésiques locaux et généraux, chloral à l'intérieur, bromure de potassium, opium, aux suppositoires : extrait thébaïque et belladone, lavements de laudanum, etc. Puis, et c'est la suprême ressource, les injections sous-cutanées de morphine devront être administrées largement jusqu'à stupéfier les malades.

Résumons en quelques lignes la thérapeutique qui doit être mise en œuvre contre le cancer utérin.

Au début, alors que les culs-de-sac vaginaux ne sont pas envahis, que les ligaments larges sont indemnes, que l'utérus peut s'abaisser, l'hystérectomie vaginale est indiquée comme méthode radicale, précédée et suivie de l'asepsie complète, absolue de la cavité vaginale.

Plus tard, c'est à l'asepsie vaginale qu'on doit encore avoir recours pour entraver les progrès du néoplasme et surtout retarder l'apparition des phénomènes cachectiques.

Contre les accidents de la dernière période, contre l'hémorrhagie, on aura recours au curage utérin, à la dilatation aseptique de l'utérus; contre les douleurs, divers procédés suivant leur origine, l'asepsie contre les douleurs tenant au cancer lui-même, aidée des anesthésiques locaux et généraux, et surtout des injections sous-cutanées de morphine; contre les douleurs tenant à des troubles urinaires, les moyens employés contre la néphrite et la cystite; enfin, contre les douleurs tenant à des phénomènes de rétention et d'irritation rectale, les lavements, les injections rectales, les purgatifs légers, et comme dernière ressource l'anus contre nature.

D[r] F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Maladies de l'espèce bovine et scarlatine. — On se rappelle qu'il y a deux ans environ éclatait, dans le Nord-Ouest de Londres, une fièvre scarlatine dont les autorités médicales firent remonter l'origine à une ferme à lait, située à Heudon. On démontra que la maladie s'était développée presque exclusivement parmi les familles qui avaient fait usage du lait de cette ferme. Des recherches plus complètes amenèrent la découverte d'une maladie infectieuse caractérisée par des éruptions de pustules sur les pis des vaches. Le *D[r] Klein* de Brown Institute, le *D[r] Cameron*, médecin sanitaire à Heudon et *M. Power*, représentant le gouvernement, après de longues investigations, exprimèrent l'opinion que cette maladie des bovidés était de tous points identique avec la fièvre scarlatine. Klein trouva un microcoque semblable pour les deux affections. Il fit de plus différentes expérimentations sur des vaches avec du sang de scarlatineux et avec le bouillon de culture de la scarlatine. Les inoculations reproduisirent une maladie qui offrait de nombreux points de ressemblance avec celle dont étaient atteintes les vaches de Heudon.

Le professeur Crooshauk d'Edimbourg a repris toutes ces études. Son travail a paru dans la *Lancette*. Il a trouvé les micrococci décrits par Klein, mais il pense qu'il s'agit d'un micro-organisme septique. Quant à la nature de la maladie sévissant sur le bétail de la ferme de Heudon et des lieux avoisinants, il pense que c'est simplement le *Cow-Pox Jennerien*, et non une affection scarlatineuse. Mais alors si l'on accepte cette conclusion, comment expliquer l'épidémie du Nord-Ouest de Londres et les relations que l'on a trouvées entre son développement dans les familles et la distribution du lait provenant d'une ferme des environs ?

TÉTANOS CONSÉCUTIF A L'EMPLOI D'UNE SONDE ŒSOPHAGIENNE. — Le malade était âgé de 48 ans et depuis neuf ans était traité pour un rétrécissement pylorique, avec dilatation de l'estomac. Souffrant beaucoup des gaz qui se formaient en grande abondance après le repas et donnaient un caractère extrêmement pénible à ses digestions, il se décida au lavage de l'estomac. A peine le tube eut-il été retiré qu'il eut une syncope. Deux heures après les mâchoires se resserrèrent, il lui devint impossible d'ouvrir la bouche. La connaissance revint, mais la rigidité musculaire s'étendit, les avant-bras se fléchirent sur les bras et graduellement la contracture gagnait tous les muscles du tronc et des membres inférieurs. Pendant la nuit il eut des sueurs profuses, la température s'éleva à 113° *Farenheit* et il mourut cyanosé. A l'autopsie la plus méticuleuse on ne trouva rien en dehors du rétrécissement pylorique et de la dilatation de l'estomac, la muqueuse de l'œsophage était saine. (*New-York medical Press*, décembre 87. — *Medical and surgical Reporter*. — *Boston medical and surgical journal*, janvier 1888).

EXÉCUTION CAPITALE PAR L'ÉLECTRICITÉ. — La commission nommée l'hiver dernier avec MM. *Gerry*, *Hale*, *Alfred Southwick*, pour rechercher et faire un rapport sur la façon la plus conforme à l'humanité d'exécuter la peine de mort, vient de présenter à la législature de New-York le résultat de ses travaux sous forme d'un travail d'une centaine de pages environ.

D'abord une circulaire avec l'exposition du système actuel, fut envoyée à tous les juges, médecins, sheriffs, attorneys, avec prière de donner leur avis sur la méthode qu'ils jugeaient la plus humaine. La commission, après avoir dépouillé la volumineuse correspondance qui s'ensuivit, conclut en faveur de l'électricité. Elle conclut à ce que le criminel, pour être exécuté soit assis dans un fauteuil ayant des plaquettes métalliques chargées d'électricité en quantité suffisante pour foudroyer immédiatement l'individu. L'exécution aurait lieu dans l'une des prisons de l'État, en présence de la suprême cour de justice et des autorités constituées, avec deux médecins pour cons-

tater le décès et douze citoyens de la ville comme témoins. En dehors d'un prêtre ou deux le spectacle de ces exécutions serait, sous la menace des peines les plus sévères, interdit au public. Immédiatement après l'exécution, l'examen du corps du condamné serait fait par les médecins présents et leur rapport ajouté au certificat de décès signé par les personnes présentes, attestant que la sentence a été exécutée d'une façon conforme à la loi.

Après cet examen le corps serait livré à quelques écoles hospitalière pour la dissection et les restes du suppliciés ne seraient remis sous aucun prétexte à des amis ou à des membres de sa famille. Enfin il serait défendu aux journaux, sauf la notification de l'exécution, de rapporter le moindre détail concernant la façon dont elle se serait accomplie (*Boston medical and Surgical journal*, 26 janvier 1888). Si louables que soient les efforts tentés par le gouvernement américain à ce sujet, nous craignons fort qu'ils n'aboutissent à aucun résultat. Déjà en Angleterre, en 1885, sous l'influence des diverses ociétés protectrices des animaux, on avait essayé de foudroyer des bœufs et des moutons aux abattoirs. Mais malgré l'énergie des piles employées, beaucoup de bêtes n'éprouvaient pas grand résultat des décharges successives et il fallait les assommer comme précédemment. Aussi dut-on renoncer à ce moyen qui allait contre le but, puisqu'il compliquait les souffrances des animaux que l'on voulait abattre.

Louis BOUCHER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI[e] ARRONDISSEMENT

Séance du 30 *janvier* 1887. — *Présidence de* M. PERCHERON.

M. *Reuss*, avant de quitter le fauteuil de la présidence, résume brièvement les différentes communications scientifiques faites pendant l'année 1887 par les membres de la Société.

M. *Percheron* prenant ensuite la parole, remercie la Société de l'avoir élu président, et se faisant l'interprète des sentiments de tous, remercie et félicite M. le président sortant. Puis il rend compte de la visite faite par MM. les délégués à M. le maire du VI[e] arrondissement et de l'accueil particulièrement bienveillant dont ils ont été l'objet.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le D[r] *Verchère* qui s'excuse de ne pouvoir pas donner lui-même lecture de son rapport sur la candidature de M. le D[r] Bernard ; 2° une lettre de M. le D[r] *Réal* par laquelle notre confrère déclare ne pouvoir pas accepter

la fonction de secrétaire des séances, M. le secrétaire général dit avoir eu avec M. Réal une explication verbale qui permet de considérer cette lettre comme non avenue ; 3° une lettre de M. le Dr Cezilly qui pose sa candidature au titre de membre de la Société. M. Cezilly envoie comme travail à l'appui de sa candidature trois exemplaires de son journal « le *Concours médical* ». La Société, consultée, vote l'ajournement de tout rapport sur cette candidature, et décide qu'une enquête sera faite afin de s'assurer que M. le Dr Cezilly remplit les conditions exigées par les statuts.

4° Une lettre et différents documents émanant de M. l'administrateur des eaux de Royat.

M. *Le Coin* présente la candidature de M. le Dr Pinet : M. Foucart est nommé rapporteur de cette candidature.

Sur la proposition de M. Foucart, la Société vote des remerciements à M. Philbert, l'organisateur du banquet.

M. *Pruvost* rend compte de la gestion financière de la Société et propose de voter des remerciements à M. Machelard, trésorier.

M. *Valade* lit le rapport de M. Verchère sur la candidature de M. le Dr Bernard et conclut à son admission.

M. le Dr Bernard est nommé membre à l'unanimité.

Il présente ensuite son propre rapport sur la candidature du Dr Kalt, et conclut également à l'admission.

M. le Dr Kalt est élu membre à l'unanimité.

La séance est levée à 9 heures 3/4.

Le secrétaire des séances,
Dr Veillault.

BIBLIOGRAPHIE

Le monde des rêves, par M. *P. Max Simon,* médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Bron, 2e édition, in-16, 325 p. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

M. Max Simon a étudié non seulement le rêve, mais l'hallucination, l'illusion, le somnambulisme, l'hypnotisme, les paradis artificiels produits par l'ingestion de différentes substances (opium, haschisch), et le ragle, ou hallucination du désert. Son but est en effet de montrer que les phénomènes qui constituent le souvenir, l'imagination, le rêve et l'hallucination sont de même ordre, qu'ils se produisent par le même mécanisme, et qu'il n'y a entre eux qu'une différence de degré. Il essaie de montrer l'identité de ces phénomènes et d'établir quelques-unes des lois qui président à leur pro-

duction. Leur nature lui paraît consister en des modes de mouvements.

Les descriptions de ces divers phénomènes sont claires et bien faites, et le grand nombre d'exemples cités et racontés dans ce livre en rend la lecture agréable et facile. Nous n'en dirons pas tout à fait autant des parties uniquement consacrées à l'exposition des théories et dans lesquelles on aimerait parfois à trouver plus de concision et plus de clarté.

Le dernier chapitre, intitulé le Cerveau et le rêve, est en quelque sorte le résumé, la conclusion de tout l'ouvrage. M. Max Simon y montre l'extrême importance des cellules nerveuses, il considère la substance grise corticale comme le lieu de condensation, d'emmagasinement des images que les sens recueillent à chaque instant dans le monde extérieur. Des images autrefois perçues, demeurées latentes en quelque sorte, pendant un temps plus ou moins long, peuvent apparaître à nouveau, soit dans le phénomène du souvenir, soit dans le rêve ou l'hallucination, lorsque la cellule nerveuse corticale, qui a été mise par une impression reçue dans un certain état d'activité, revient, à cet état sous l'influence d'une nouvelle excitation. « Cette excitation pourra avoir lieu par le fait de la volonté, elle pourra venir d'un point quelconque du cerveau, de la périphérie même, ou encore des profondeurs de l'organisme; quel que soit le mode d'excitation, une cellule ayant vibré d'une certaine façon, c'est ce mouvement même qui se reproduira quand cette cellule sera de nouveau mise en action ». L'hypothèse est ingénieuse et peut être provisoirement acceptée, mais pourquoi, dans la dernière page de cet ouvrage, invoquer l'existence de « l'âme humaine » qui semblait avoir été assez malmenée dans les trois cent vingt-quatre autres pages et qui paraît singulièrement placée tout à la fin d'un pareil livre.

A. Chevallereau.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 19 au 24 mars 1888.

Lundi 19. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Delens, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Budin, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Fournier, Ollivier, Landouzy. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Potain, A. Robin, Déjerine.

Mardi 20. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Ballet. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) :

MM. Panas, Peyrot, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Troisier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Le Fort, Bouilly, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. G. Sée, Fernet, Hanot. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Jaccoud, Cornil, Joffroy.

Mercredi 21. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Marc Sée, Rémy, Reynier. — 3e examen, doctorat (1re partie) (1re série) : MM. Budin, Delens, Segond. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie (2e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Reclus, Kirmisson. — — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Joffroy. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Brissaud, Chauffard.

Jeudi 15. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Cornil, Polaillon, Bouilly. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Queuu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Peter, Hutinel, Ballet. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Proust, Troisier.

Vendredi 23. — 2e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Ch. Richet, Rémy, Chauffard. — 2e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Straus, Marc Sée, Reynier. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Ollivier, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Guyon, Reclus, Segond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Budin, Delens, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Landouzy, A. Robin.

Samedi 24. — 3e examen, doctorat (2e partie) (1re série) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Ballet. — 3e examen, doctorat (2e partie) (2e série) : MM. Peter, Ball, Quinquaud. — 4e examen, doctorat : MM. Laboulbène, Fernet, Hutinel. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Campenon, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Legroux, Hanot.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 21, à 1 heure. — M. Fragne : Conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire sans inoculation. *Président* : M. Fournier. — M. Mirassou-Nouqué : Considérations sur quelques dispositions du placenta dans son insertion vicieuse. *Président* : M. Fournier. — M. de Souza : Étude sur le mécanisme des états psychiques normaux. *Président* : M. Gariel. — M. Joubert : La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx. *Président* : M. Guyon. — M. Loppé : De l'antisepsie en gynécologie. *Président* M. Lannelongue. — M. Cator : Tuberculose de l'os malaire. *Président* : M. Lannelongue

Jeudi 22, à 1 heure. — M. Wertheimer : Essai sur les hernies

consécutives aux opérations de laparotomie. *Président* : M. Panas. — M. Basset : Des vomissements incoercibles chez les hystériques. *Président* : M. Dieulafoy. — M. Bruant : De la mélancolie survenant à la ménopause. *Président* : M. Ball. — M. Semelaigne : Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale. *Président* : M. Ball.

Vendredi 23, à 1 heure. — M. Pozzi : Traitement du cancer de l'utérus. *Président* : M. Trélat. — M. Pouloux : Contribution à l'histoire médicale du laurier-rose. *Président* : M. Damaschino.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Blot, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, où il a été longtemps Directeur de la vaccine. Ses obsèques ont eu lieu ce matin.

M. le Dr Constantin James, ancien interne des hôpitaux de Paris, très connu par ses publications sur les eaux minérales et par les diverses brochures qu'il a récemment fait paraître pour combattre les théories pastoriennes.

NOUVELLES

Appel des médecins de l'armée territoriale. — A la date du 7 mars 1888, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu en 1888 dans les conditions suivantes (12e corps d'armée excepté) :

260 médecins aides-majors de 2e classe seront convoqués pour période de treize jours, en deux séries : ceux de la 1re série, du 9 avril, et ceux de la 2e série du 28 mai au 9 juin.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée sur le territoire desquels ils sont domiciliés.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 34 MARDI 20 MARS 1888.

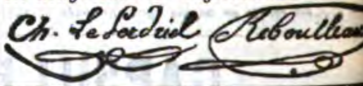
LA FRANCE MÉDICALE

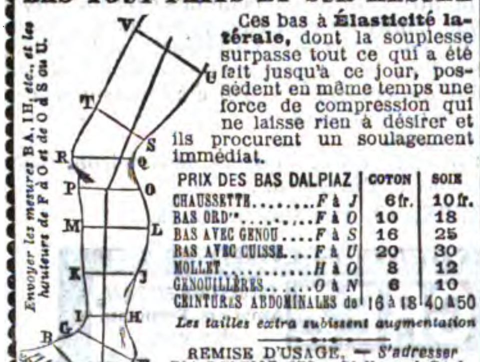
BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.





PRIX DES BAS DALPIAZ	COTON	SOIE
CHAUSSETTE .... F à J	6 fr.	10 fr.
BAS ORD^re .... F à O	10	18
BAS AVEC GENOU .... F à S	16	25
BAS AVEC CUISSE .... F à U	20	30
MOLLET .... H à O	8	12
GENOUILLÈRES ...... O à N	6	10
CEINTURES ABDOMINALES de	16 à 18	40 à 50

35e Année. — Tome I. N° 34 Mardi 20 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. LAILLER
(Actuellement M. Hallopeau).

—

Chancre syphilitique développé sur les lésions d'une gingivite phosphorée (1),

Par le Dr. GIRODE,
Interne médaillé d'or des hôpitaux.

Comme M. E. Besnier le rappelait dans une leçon clinique récente, on trouve encore dans la pratique environ 2 pour 100 des faits de syphilis où l'accident primitif passe inaperçu du malade. Parmi les conditions qui imposent à ces quelques cas l'étiquette : chancre ignoré, l'une des plus importantes est certainement le siège normal et extra-génital du chancre syphilitique ; c'est un point sur lequel M. le professeur Fournier insistait dans une leçon déjà ancienne sur les syphilis ignorées (2).

Mais il est des cas dont la complexité semble faite pour égarer l'observation. Nous n'en voulons pour preuve que le fait suivant (3), qu'il nous a été donné de suivre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de nos maîtres, MM. Lailler et Hallopeau.

Gussenb... (Marie), 22 ans, ouvrière en allumettes chimiques, entrée, le 23 décembre 1887, à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Lugol, lit n° 10.

La malade avait été antérieurement d'une bonne santé. Réglée à 14 ans, toujours normalement.

Il y a trois ans qu'elle a commencé à travailler dans une fabrique d'allumettes chimiques, à Aubervilliers. Autant qu'on en peut juger par ce que raconte la malade, l'hygiène professionnelle laisse un peu

(1) Communication à la Société clinique de Paris.
(2) *Nouveau journal de médecine*, 1880.
(3) Pièce 1303 du Musée de l'hôpital Saint-Louis.

à désirer dans cet atelier. La ventilation est insuffisante, la température habituellement haute, les salles très enfumées par la combustion accidentelle de paquets d'allumettes. Absence des précautions les plus élémentaires.

Les ouvrières ont la fâcheuse habitude de conserver à leur place d'atelier du pain, des aliments, leur verre à boire. Elles mangent en travaillant, boivent de même, et vont prendre leur repas sans se laver les mains. Qu'il y ait ou non de l'exagération dans ces renseignements, il paraît certain que le mal chimique existe en permanence dans cet atelier ; beaucoup d'ouvrières, sans être foncièrement atteintes, ont de la gingivite chronique, sont anémiques, se plaignent de douleurs de ventre, de diarrhée. Ajoutons que la promiscuité du verre à boire semble commune dans ce milieu, ce qui n'est peut-être pas sans intérêt pour le cas qui nous occupe.

L'affection qui amène la malade à l'hôpital remonte à deux mois environ, et semble s'être développée en deux temps.

Au début, il existait de l'irritation gingivale et des douleurs dentaires avec un peu de salivation, ou mieux un crachement répété en rapport avec une légère sécrétion purulente.

Il y a trois semaines, la malade vit se développer à la gencive supérieure, à droite de la ligne médiane, une tuméfaction rouge-violacée ; la gencive décollée, d'apparence un peu fongueuse, formait bientôt un bourrelet induré dont le bord inférieur progressivement détruit, dans une petite étendue, mettait à nu un liséré de maxillaire supérieur. Dans les derniers jours, agacement des dents, sensation d'écroulement sans mobilisation réelle, mastication douloureuse, sécrétion purulente un peu plus notable, endolorissement général de la mâchoire correspondante, de la joue et de l'oreille droites (application d'un vésicatoire volant à la région mastoïdienne de ce côté).

Presque en même temps, se montrait, sous l'angle de la mâchoire droite, une grosseur indolente, ou à peine sensible dans les mouvements de la région.

Dans la dernière semaine, céphalée nocturne, sensation de fièvre le soir et la nuit, nutrition défectueuse.

Deux jours avant l'entrée, apparition d'une éruption de taches rouges sur le tronc ; éruption non prurigineuse, découverte fortuitement.

État actuel. — Apparence d'une assez forte constitution ; teint un peu jaunâtre. On note les trois principaux faits suivants :

1° Sous l'angle de la mâchoire droite, il existe un gonflement volumineux qui frappe dès l'abord quand on regarde la malade en face. Cette tuméfaction est dure, indolente, polyganglionnaire, rappelant nettement les caractères de l'adénopathie symptomatique du chancre

syphilitique. Elle ne détermine qu'une faible gêne pendant les mouvements de mastication.

2° Sur le tronc et la racine des membres, plus marquée au-devant de la poitrine et sur les flancs, se montre une éruption, partie papuleuse, surtout roséolique, assez confluente, découverte par hasard par la malade.

3° L'attention est attirée vers une lésion de la mâchoire supérieure. Les deux incisives supérieures droites sont dénudées par la destruction de la gencive correspondante qui a mis à nu également la portion avoisinante du maxillaire sous forme d'un croissant de 2 c. m. c. de large, encadré en haut par le bord gingival ulcéreux. Les deux dents sont ébranlées, mais peu modifiées dans leur aspect, à peine recouvertes d'un enduit jaunâtre. Quand on les mobilise, une goutte de pus sort de leur alvéole. La partie dénudée du maxillaire rend un son clair sous le stylet, et se prolonge en haut au-dessous de la gencive décollée ; quand on appuie sur celle-ci, du pus s'écoule assez abondamment. En arrière de l'arcade dentaire, l'aspect est tout à fait semblable, mais le maxillaire est dénudé dans une étendue plus faible.

La portion de gencive qui borde cette région dento-maxillaire est très fortement tuméfiée, dure, rouge, ulcéreuse, un peu irrégulière et mamelonnée sans état fongueux proprement dit. Elle forme audevant une sorte de bourrelet semi-lunaire encadrant la dénudation de l'os, venant mourir sur la sertissure des deux incisives malades avec les dents voisines, et conservant jusqu'en bas son aspect en bourrelet rouge-violacé. En arrière, s'observe également une tuméfaction gingivale inégale indurée, violacée, empiétant même sur la portion voisine du palais.

Le reste des gencives, surtout en haut et à droite, présente encore un peu de boursouflure rouge et molle, mais pas d'altération destructive proprement dite. C'est cette irritation qui a été le premier phénomène perçu par la malade. Ces parties saignent assez facilement pendant les explorations. Elles sont le siège d'une sensibilité assez vive pendant la mastication, faible au repos. Odeur un peu fétide. Crachotement muco-purulent ; pas de salivation intense. Il existe une carie profonde de la deuxième grosse molaire inférieure droite ; mais il n'y a pas de signes d'irrritation à son niveau.

La malade accuse en même temps une céphalée nocturne très intense, troublant le sommeil, avec sensation d'étau comprimant les tempes. Etat presque vertigineux par instants.

Les fonctions digestives sont un peu troublées en proportion de la gêne de la mastication.

L'examen de langue, de la gorge, des parties génitales et péri-génitales est absolument négatif.

Diagnostic : chancre syphilitique développé sur les lésions d'une gingivite phosphorée avec nécrose du maxiliaire supérieur.

Traitement : 2 pilules de protoiodure de 0,03 ; 1 gramme d'iodure de potassium. Lavages de la bouche avec une solution boriquée faible.

Le 30. La lésion ulcéreuse de la gencive s'est accrue en conservant les mêmes caractères et l'induration du bourrelet. Les autres symptômes s'atténuent, les syphilides cutanées sont en voie d'atténuation.

15 janvier. Syphilides papulo-érosives confluentes, bien limitées, occupant les piliers, le voile, les amygdales. Roséole à peu près disparue. Etat stationnaire de la gencive. Les deux incisives sont plus ébranlées, saillantes et comme expulsées. La portion dénudée de maxillaire semble plus grise et plus rugueuse.

Le 20. Etat stationnaire des lésions fondamentales. Il s'est développé au pourtour de la molaire inférieure cariée un boursouflement mou avec enduit grisâtre, odeur plus pénétrante, salivation augmentée, tout un ensemble qui paraît bien indiquer un léger degré de stomatite mercurielle. Suspension des pilules; amélioration en quelques jours par le chlorate de potasse.

Le 30. Amélioration générale. L'induration gingivale diminue, l'adénopathie s'atténue également. Etat général satisfaisant. Les syphilides de la gorge sont moins étendues, seule, la dénudation maxillaire garde son aspect.

La malade a demandé à sortir le 5 février. Lésions gingivales très atténuées : état stationnaire de la lésion des parties dures.

Cette observation nous a paru mériter une courte mention à cause de la rareté du chancre gingival et de la singularité tout à fait exceptionnelle d'un chancre syphilitique enté sur les altérations gingivales prodromiques du mal chimique.

Nous n'avons pas de peine à reconnaître que, n'eût été la circonstance d'accidents à signification précise, adénopathie sous-maxillaire, éruption du tronc, il eût été à peu près impossible de mettre sur la lésion buccale une étiquette syphilitique tant soit peu légitimable; d'autant que la malade venait consulter pour un *mal chimique* et seulement pour cela. Nous ajouterons que dès l'abord M. Lailler, qui a observé un assez grand nombre de faits de cette intoxication et laissé au musée de Saint-Louis une série de séquestres phosphorés, avait fait remarquer que la lésion gingivale offrait un aspect singulier en matière de mal chimique. L'examen complet de la malade lui donnait amplement raison.

Nous ne croyons pas, d'autre part, qu'on puisse suspecter la filiation

de lésions que nous avons admise : gingivite phosphorée, puis chancre syphilitique. Les conditions de développement du mal chimique semblent avoir été notoirement suffisantes ; l'altération buccale avait bien au début l'aspect de la gingivite phosphorée commençante, aux yeux de la malade et de l'entourage ; et de plus elle avait précédé de six semaines la date vraisemblable de l'infection syphilitique. Enfin, il y a surtout la forme de l'altération. Dans nos recherches bibliographiques (d'ailleurs incomplètes), nous avons trouvé des mentions plus que des observations détaillées de chancre gingival ; et nous croyons qu'il n'est pas dans l'évolution de cette localisation chancreuse de produire une nécrose de l'os sous-jacent. Il fallait une autre cause, et on la trouvait aisément dans la profession.

Quant au facteur pathogénique intermédiaire entre la lésion professionnelle et l'inoculation syphilitique, il est inconnu. Nous avons signalé la promiscuité du verre à boire qui a paru notoire en ce cas ; c'est le seul renseignement qu'ait fourni l'interrogatoire de la malade, et il est tout à fait insuffisant. Nous ne l'avons noté que parce qu'il est conforme à l'enseignement des syphiligraphes modernes et particulièrement des Maîtres de l'hôpital Saint-Louis : à savoir que le mécanisme du chancre buccal est le plus souvent ignoré et qu'une origine accidentelle est le plus souvent en cause.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1888. — Présidence de M. le Pr Verneuil.

La séance est ouverte à 9 heures et demie. Sur les propositions de M. Verneuil sont nommés, par acclamation, présidents honoraires MM. Socin (de Bâle), Saboïa (de Rio de Janeiro), Demons (de Bordeaux), Thiriar (de Bruxelles), Rochard, Duplay, Guyon, Le Fort, M. Perrin, Panas, Lannelongue (de Paris).

Les communications ont trait à la première question mise à l'ordre du jour :

De la conduite a suivre dans les blessures par coups de feu, des cavités viscérales. (Exploration, extraction, opérations diverses. — M. *Chauvel.* — Dans les plaies par coups de feu du crâne, de la plèvre, de l'abdomen, les interventions ont été discutées.

Dans le crâne, il n'y a aucun élément qui puisse infecter la plaie, de même dans le thorax.

Dans l'abdomen, les conditions sont opposées, l'ouverture des viscères quels qu'ils soient, par les produits qu'ils contiennent, produit l'infection. Dans le crâne et le thorax, la mort est la suite de la destruction d'un organe essentiel.

Il en est moins souvent de même dans les blessures de l'abdomen.

Enfin, dans le crâne ou le thorax, par un pansement protecteur antiseptique, le chirurgien peut agir efficacement. Dans l'intestin il n'en est plus ainsi.

La doctrine voulant agir par l'intervention active est ancienne. Baudens est le premier qui fit non seulement la suture, mais encore la résection. Actuellement les chirurgiens militaires la recommandent presque tous. En Amérique, la laparotomie a été préconisée d'une façon méthodique. En France, les avis ont été tous partagés et on attend, tout au moins les partisans de la laparotomie, que les premiers signes de péritonite ou de pénétration certaine se soient révélés. Quant à moi, je crois qu'il faut intervenir. On répond qu'il y a des statistiques où la mortalité est faible. En réunissant les chiffres on trouve une mortalité de 80 0/0. Mais on ne doit pas affirmer d'après cela la bénignité. M. Reclus a donné 3 succès sur 1 mort. Mais n'a-t-il pas réuni que des cas exceptionnels? Ses expériences ont montré que la guérison se faisait souvent après les blessures chez des chiens purgés. J'aurais voulu au contraire que M. Reclus blessât des chiens bien nourris, état des blessés avant leur blessure plus fréquent.

Il est certain que les blessures seront encore plus graves par arme de guerre que par révolver. — Le trajet des balles est alors tout à fait direct et on peut être sûr qu'on rencontrera blessés sur le trajet la plupart des viscères.

Mais la pénétration des projectiles ne se révèle pas toujours par des symptômes nets; si le chirurgien attend la réaction péritonéale il attendra trop tard. — On meurt de deux façons, l'hémorrhagie même d'une artère de petit calibre peut amener la mort. — La péritonite est le résultat de l'épanchement des viscères. N'est-il pas logique d'aller lier le vaisseau, d'aller suturer l'intestin pour empêcher l'épanchement?

Le danger de la laparotomie est variable avec l'opération, avec les conditions où l'on se trouve. J'ai réuni 41 cas de laparotomie depuis 1880, il y a 12 guérisons, 29 p. 100. Le nombre des succès diminue à mesure qu'on s'éloigne de la blessure. — Après vingt-quatre heures la laparotomie est toujours mortelle.

Dans 1 cas seulement j'ai trouvé la mort due au shock.

Pour terminer je reste convaincu de l'utilité de l'élargissement de la plaie, de l'exploration de l'intestin. — S'il y a péritonite il est trop tard.

M. *Delorme*. L'intervention est-elle une opération d'urgence dans la chirurgie de guerre? Je ne le crois pas. En ville les conditions sont différentes, et comme dans l'ovariotomie, peuvent être suivies de gué-

rison. A la suite d'une bataille, quelle différence dans les conditions où se trouvent les blessés et le chirurgien !

Ainsi se trouvent limitées les indications d'intervention dans la chirurgie de guerre.

M. *Poncet* limite sa communication aux contusions de l'abdomen ayant été suivies de plaies de l'intestin. Les descriptions anciennes ne se rapportent plus aux lésions produites par les projectiles actuels. Les contusions par boulet rond se caractérisent par des épanchements sanguins considérables, de graves contusions de la peau sans lésions de l'intestin, enfin par le traitement par l'opium.

Puis une deuxième période du boulet rond, contusion sans ecchymoses de la peau avec lésions graves de l'intestin, souvent secondaires par la chute d'eschares.

Dans la troisième période, les éclats de bombe par mélinites sont réduits en poussière qui tatouent l'individu; avec les projectiles d'acier les effets destructifs sont encore plus puissants. La vitesse de ces fragments est telle qu'on en trouve à 900 mètres en avant. Ces blessures semblent être trop violentes pour qu'on puisse espérer un bon résultat d'une intervention.

M. *Reclus*. Je trouve la thérapeutique américaine et anglaise excessive. Je crois que toute plaie pénétrante de l'abdomen a pour résultat une perforation intestinale, mais, où je ne suis plus d'accord, c'est la suite mortelle fatalement de toute perforation intestinale. Dans mes expériences sur le chien, qui, selon moi, est plus prédisposé que l'homme à l'épanchement fécal, la gravité a été faible relativement. On niait la perforation quand il n'y avait pas mort. Saint-Laurens, Noguès ont pu réunir plus de 50 cas de guérisons certaines. Dans ces cas il y avait eu hématémèse, mélœna, issue du projectile par l'anus.

La mort peut arriver par hémorrhagie, par shock et aussi par perforation de l'intestin et péritonite septique. Or, la nature a des moyens pour entraver cette inondation du péritoine, entre autres la hernie de la muqueuse qu'a décrite Travers. Le plus souvent, l'anse intestinale se met en contact avec les anses voisines et des adhérences se font, et pour lesquelles il suffit souvent de quelques heures. Une sorte de contracture intestinale vient oblitérer le trou. Enfin on a pu voir dans la laparotomie faite vingt-quatre heures après la blessure qu'il n'y avait aucun épanchement.

De là je conclus à la thérapeutique suivante : compression violente, opium à hautes doses, diète absolue, et de quart d'heure en quart d'heure lait glacé. Si malgré cela je vois qu'une péritonite va éclater, je pratique la laparotomie, et non d'emblée, parce que je la

considère comme grave, beaucoup plus grave que dans les cas d'ouverture du ventre dans toute autre condition.

M. *Trélat.* J'ai eu deux fois l'occasion d'agir. Dans la première, tout allait bien après la blessure, quand tout à coup les accidents éclatent; l'intervention n'a pas sauvé le malade, et l'autopsie a montré qu'une intervention plus hâtive eût pu le sauver. Dans le deuxième cas, qui m'est commun avec M. Pozzi, le résultat a été le même.

Si j'ai demandé la parole, c'est que je n'ai pas voulu laisser s'établir la doctrine de l'abstention. Les faits sont rares de guérison spontanée ; quand ils existent on n'a guère de vérification anatomique ou opératoire. Quels sont les symptômes qui permettent d'affirmer la perforation de l'intestin? M. Reclus a cité des faits qui n'étaient pas des plaies de l'estomac, du côlon, du cœcum.

Les plaies peuvent, dit M. Reclus, s'oblitérer spontanément par la muqueuse, mais cela est nié par beaucoup et je ne pense pas que la muqueuse éversée en dehors suffise à empêcher l'épanchement.

Quand un individu a reçu une balle, les uns disent: il faut attendre la péritonite confirmée, les autres: s'abstenir quand même. Je suis contraire absolument à ces deux doctrines. N'agir que quand il y a péritonite confirmée, c'est dire n'opérez que quand vous n'avez plus d'espérance à conserver.

S'abstenir toujours, cela est excessif, tous les auteurs qui m'ont précédé ici l'ont démontré. Ce serait refuser de donner à quelques blessés les seules chances de survie qui leur restent.

Je veux bien attendre un peu, mais ne laissons pas passer les premiers vestiges d'apparition de symptômes péritonéaux. Tenons-nous en arrêt.

Quant à l'hémorrhagie, si elle est due à de petits vaisseaux, elle peut être arrêtée par la ligature. Elle est encore une indication d'intervention immédiate.

M. *Labbé* cite une observation de plaie de l'abdomen par balle de révolver. L'intervention fut reportée à 24 heures.

Le malade était froid, insensible. Le pouls petit, misérable.

On fit la laparotomie, on ferma par la suture dix perforations intestinales.

Le malade mourut dans la nuit qui suivit ; il avait vécu 20 heures. Malgré cela, M. Labbé est partisan de l'intervention hâtive et ne saurait souscrire à la doctrine soutenue par M. Reclus.

M. *Vaslin* (d'Angers) communique une série d'observations de plaies du crâne et de plaies de l'abdomen.

M. *Nimier* (de Paris) lit un travail étendu sur les plaies de poitrine.

SÉANCE DE 8 HEURES. — M. *Verchère* (de Paris). D'après les

auteurs on ne trouve pas deux manières de mourir après les plaies pénétrantes de l'abdomen ; ou l'hémorrhagie, ou la péritonite. Celle-ci, d'après les classiques, se manifeste par des douleurs vives, une température élevée, des vomissements, etc. Or elle ne se manifeste pas toujours par des symptômes aussi bruyants. Le malade présente le facies abdominal, des vomissements, mais la température reste normale, sauf le deuxième jour où elle monte brusquement à 40. Le pouls est accéléré ; le ventre reste *absolument insensible* spontanément ou à la pression. Tandis que la péritonite dure quelques heures, à peine quelques jours, cette forme particulière dure dix, douze jours ; jamais les malades ne meurent avant le seizième.

A l'autopsie pas de pus, pas d'adhérences, pas d'épanchement de matières fécales ; à peine un peu de rougeur générale de la séreuse. Parfois un léger épanchement séro-sanguin, parfois fétide. Les malades meurent aussi de phénomènes analogues à ceux de l'étranglement interne ou de la hernie étranglée.

Serait-on en arrêt devant les premiers symptômes qui indiquent la perforation, que l'on n'opérerait pas, parce que ces symptômes sont difficilement appréciables. Le malade meurt sournoisement avant qu'on se croie autorisé à intervenir. C'est donc à la prophylaxie qu'il faut avoir recours, c'est-à-dire à la laparotomie hâtive, précoce, je dirais avec les Américains, exploratrice. L'état des malades ne peut être aggravé s'ils ont une perforation, puisqu'ils sont voués à la mort, le chirurgien ne doit donc pas hésiter. Mais après la laparotomie la pratique est plus complexe. L'intestin est paralysé, les symptômes que nous avons décrits sont des phénomènes de septicémie intestino-péritonéale par parésie intestinale ; c'est donc contre cette parésie qu'il faut lutter. Ce que l'on fera avec les moyens préconisés par Henrot et les auteurs qui se sont occupés du traitement du pseudo-étranglement : lavage de l'estomac, lavements purgatifs, antisepsie intestinale, etc., afin de rendre à l'intestin ses fonctions d'émonctoire et empêcher ainsi la transsudation des gaz intestinaux à travers les parois distendues et paralysées.

M. *Castex* (Paris) cite quatre observations de plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver dont l'une ayant donné lieu à l'issue de matière cérébrale et terminées spontanément par la guérison. L'antisepsie de l'orifice ayant suffi à obtenir ce résultat. Il semble bien dans ces cas que les corps étrangers métalliques s'enkystent ainsi que l'a montré M. Hayem, dans la substance cérébrale.

M. *Chassagne* (de Paris) apporte des conclusions analogues à celles qu'a données M. Delorme. En temps de guerre l'intervention après les plaies de l'abdomen ne peut être mise en œuvre que dans les

places fortes et dans les ambulances, étant donnés le mauvais outillage et le manque de temps. Pour les plaies du foie, l'intervention devra se borner au tamponnement pour remédier à l'hémorrhagie.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion, par le Dr *C. A. Ewald*, professeur à l'Université de Berlin, traduites par les Drs *J. Dagonet* et *Schuman-Leclercq* (Paris, 1888, A. Delahaye et Lecrosnier, éditeur).

Convaincu que la physiologie peut seule conduire à la connaissance de la pathologie, le Dr Ewald a divisé son ouvrage en deux parties, une première partie physiologique, et une deuxième partie consacrée à la clinique des maladies de la digestion. C'est de la première partie que les Drs Dagonet et Schuman-Leclercq publient aujourd'hui la traduction.

« L'ouvrage du Dr Ewald, nous dit le Dr Quinquaud dans sa préface, est un excellent livre qui résume l'état actuel de la science allemande sur la physiologie clinique et histologique des voies digestives. » Certes on aimerait « y voir attribuer une plus grande place aux travaux français tels que ceux de Laborde, G. Sée, Bouchard, Duclaux, Vignal et Malassez, Dujardin-Beaumetz, Ranvier, etc. » Mais il faut reconnaître que l'auteur rend justice à quelques savants français, Claude Bernard, Pasteur, etc.

Ce premier volume comprend douze leçons dans lesquelles sont étudiées les principales fonctions de la digestion : mastication, salivation, déglutition, digestions stomacale, intestinale, action de la bile, du suc pancréatique, rôle des ferments et fermentation, résorption, principaux types d'aliments, etc.

D'ailleurs « cet ouvrage n'est point une compilation, c'est un exposé clair et succinct, longuement médité, des recherches physiologiques faites dans ces dernières années ». Le Dr Ewald, ainsi qu'il le dit lui-même, a répété une grande partie de ces expériences, n'insistant que sur les questions controversées, lorsqu'il fallait donner son avis personnel, ou confirmer, par des résultats concordants, des faits insuffisamment établis. De plus, ses leçons, s'adressant au médecin et au clinicien et non au chimiste, sont parsemées d'un assez grand nombre d'applications à la clinique et à la pathologie.

E. Deschamps.

NOUVELLES

—

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour les prix à décerner* à MM. les élèves en pharmacie des hôpitaux et hospices, année 1888. — Le lundi 7 mai 1888, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mardi 3 avril, et sera clos le lundi 23 avril, à trois heures.

Service médical du Dispensaire de salubrité. — Le Préfet de police,

Vu l'arrêté des consuls du 12 messidor an VII;

Vu l'arrêté du 24 décembre 1810,

Arrête :

Article premier. — Nul ne pourra, à l'avenir, être nommé aux fonctions de médecin du Dispensaire de salubrité s'il ne réunit les conditions suivantes :

1° Etre Français, âgé de moins de 35 ans;

2° Avoir été admis à concourir;

3° Avoir subi avec succès les épreuves du concours qui consistent en : une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers, une épreuve écrite en deux heures sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie, deux épreuves orales de diagnostic de dix minutes chacune après dix minutes de préparation.

Art. 2. — Le jury du concours sera nommé par le Préfet de police sur la présentation du doyen de la Faculté de médecine. Il sera choisi parmi les membres des corps scientifiques suivants :

Les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés de la Faculté de médecine, les médecins, les chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, les médecins titulaires de Saint-Lazare.

Art. 3. — Le président du jury sera désigné dans l'arrêté de nomination.

Art. 4. Le jury sera composé de cinq juges et d'un suppléant.

Art. 5. — Tous les médecins du Dispensaire cesseront leurs fonctions à l'âge de soixante-cinq ans.

Fait à Paris, le 1er mars 1888.

Le préfet de police,
Léon Bourgeois.

— Une souscription vient d'être organisée en faveur de la veuve d'un de nos confrères, médecin du bureau de bienfaisance du XVIe arrondissement, ayant exercé à Passy durant de longues années et décédé récemment sans fortune, ne laissant pas même de quoi payer ses funérailles.

Les médecins soussignés, ses anciens amis ou collègues habitant le XVIe arrondissement, ont pensé que quelques personnes bienfaisantes

voudraient bien se joindre à eux pour constituer à la veuve (fille et petite-fille de médecins), un modeste avoir qui, placé en rente viagères, empêcheraient cette digne et malheureuse femme de mourir de faim.

Les personnes qui voudraient s'associer à cet œuvre d'humanité sont priées d'adresser soit directement, soit par lettre chargée, mandat ou bon de poste, leur cotisation à l'un des médecins soussignés. M. Ory, rue Delaroche, centralisera les souscriptions.

Ont pris part à la souscription et signé : Anonyme, 500 fr.; Anonyme, 100 fr.; MM. les Drs d'Argent, 50 fr; Beni-Barde, 100 fr.; Blanche, 500 fr.; de Bosia, 200 fr.; Bonenfant, 100 fr.; Conan, 100 fr.; Delmont, 50 fr.; Guède, 200 fr.; Grangé, 60 fr; Jacquemart, 100 fr.; Larcher, 200 fr.; Laurand, 50 fr.; Ledoux-Lebard, 50 fr.; Malhéné, 100 fr.; Marmottan, 500 fr.; Martin, 300 fr.; Ménard, 50 fr.; Meuriot, 300 fr.; Ory, 50 fr.; Pascal, 50 fr.; Pastol, 100 fr.; Rafinesque, 200 fr.; Raoult, 50 fr; Rondeau, 50 fr.; Saint-Martin, 50 fr.; L. Sée, 50 fr.; Thorel, 200 fr.

Société clinique de Paris. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 22 mars, à 8 heures 1/2 du soir, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas

Ordre du jour. — 1° M. Besançon : Ectasie de l'aorte et de la sous-clavière gauche. — Compression des filets radiculaires inférieurs du plexus brachial.

2° M. Mery : Observation de perforation intestinale, au cours d'ulcérations urémiques.

3° M. Iscovesco : Observation d'angine grave.

4° Communications diverses.

— La 6e conférence transformiste sera faite, le jeudi 12 avril 1888, à 4 heures de l'après-midi, à la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Le Conférencier, M. le Dr A. Bordier, traitera des microbes et le transformisme.

On se procure des billets au siège de la Société.

Bulletin de la mortalité *du* 4 *au* 10 *mars* 1888. — Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 11. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, Croup, 34. — Phthisie pulmonaire, 211. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres, 64.

Méningite, 43. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 65. — Paralysie, 10 — Ramollissement cérébral, 19. — Maladies organiques du cœur, 72.

Bronchite aiguë et chronique, 99. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 143.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 70.

Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 6.

Débilité congénitale, 37. — Sénilité, 44. — Suicides et autres morts violentes. 23. — Autres causes de mort, 225. — Causes inconnues, 6.

Nombre absolu de la semaine : 1253. — Résultat de la semaine précédente : 1200.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 35 JEUDI 22 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 35 Jeudi 22 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 21 mars 1888.

L'Académie a voté hier en quelques minutes les articles du projet relatif à la prophylaxie de la syphilis qui avaient déjà fait l'objet de ses précédentes délibérations. Ce vote rapide est le résultat de l'accord qui s'est établi entre les membres de la commission et les orateurs qui avaient combattu les conclusions précédemment formulées. Dans un court discours préparatoire, M. Trélat a montré que l'accord pouvait facilement se faire sur les deux points qui avaient le plus préoccupé l'Académie : la nécessité de restreindre la prostitution des mineures et l'indication de laisser aux femmes la liberté de protester devant les tribunaux contre leur inscription sur la liste des prostituées, lorsque cette inscription leur paraîtrait non justifiée. Aussi les articles IV à IX ont-ils été votés après une très courte discussion et presque à l'unanimité.

La partie principale du projet de la commission est donc dès maintenant votée, avec une rapidité et un ensemble qu'il était difficile d'espérer. Restent un grand nombre d'autres articles, mais d'importance relativement secondaire et qui n'entraîneront probablement qu'une courte discussion.

Une autre discussion importante a occupé cette séance : il s'agissait du rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur les cas de rage observés dans le département de la Seine pendant l'année 1887. 306 personnes habitant le département de la Seine ont subi en 1887 les inoculation antirabiques au laboratoire de M. Pasteur.

Sur ce nombre, 2 seulement ont succombé : cela ne fait, en retranchant les personnes mordues par des chiens inconnus, que 0,76 pour 100, d'autant plus que sur 44 autres personnes mordues dans le département de la Seine et non inoculées au laboratoire Pasteur, 7 ont succombé soit 15,9 pour 100. On peut seulement se demander pourquoi les cas de rage augmentent avec une si prodigieuse rapidité dans le département de la Seine, tandis qu'en Allema-

gne, où on exige des chiens le port d'une simple médaille indiquant qu'ils ont payé la taxe, la rage est presque inconnue.

Nous signalerons encore dans cette séance la lecture par M. Jeannel, de Toulouse, d'une note sur la pathogénie du délire iodoformique; la lecture, par M. L. Lereboullet, de réflexions sur l'origine et la destinée des mots du vocabulaire médical, et la présentation, par M. Panas, de coques occulaires imaginés par un de ses élèves, M. Kalt, et destinées à opérer sur le kératocone une compression qui en forme jusqu'ici le meilleur traitement.

MM. les professeurs Leloir (de Lille) et Lépine (de Lyon) ont été élus correspondants nationaux.

Dans le comité secret qui a suivi cette séance, la commission, par l'organe de M. Legouest, a présenté comme candidat au titre d'associés étrangers MM. Presoott-Hewett, Longmore et Spencer Wells.

A. Ch.

Thrombose des veines des membres inférieurs chez un chlorotique : embolie pulmonaire, guérison,

Par M. H. Rendu,
Agrégé, médecin de l'hôpital Necker.

Anna P..., âgée de 20 ans, originaire de la Corrèze, est une jeune fille bien constituée, vigoureuse, qui a été occupée aux travaux des champs et qui habite Paris depuis deux ans. Quelques mois après son arrivée, elle a commencé à éprouver des symptômes de chlorose, bien qu'elle fût dans des conditions hygiéniques favorables et qu'elle travaillât modérément. Elle a toujours été parfaitement réglée, n'a point de pertes blanches, et ne présente aucun trouble utérin. Elle n'est point nerveuse et n'a éprouvé aucune émotion morale capable de déterminer chez elle de la chlorose. La seule disposition morbide que nous relevions dans ses antécédents, est une constipation habituelle et d'ancienne date, qui a singulièrement augmenté depuis son séjour à Paris. Sommes-nous en droit de considérer la constipation comme facteur de la chlorose, ainsi que le pense M. Duclaud de Tours? C'est la seule étiologie rationnelle que nous ayions pu trouver chez cette malade.

Quoi qu'il en soit, cette femme arrive à l'hôpital Necker, le 28 nov. 1887, avec tous les phénomènes d'une chloro-anémie confirmée. Décoloration absolue des téguments et des muqueuses, pâleur verdâtre, symptômes d'anémie cérébrale caractérisée par des vertiges, de la céphalée habituelle, un état nauséeux, des bourdonnements d'oreilles : palpitations et oppression sous l'influence du moindre

effort, appétit capricieux, lenteur des digestions, sensation de barre épigastrique sans douleur ni flatulence stomacale. Avec cela, embonpoint conservé d'une façon notable. L'examen du sang montre une quantité presque normale de globules rouges (plus de 4,000,000 par millimètre cube), mais une décoloration notable des globules : pas de leucocytose appréciable.

L'auscultation de la poitrine n'indique rien de suspect au point de vue d'une tuberculose commençante; bien que la malade se soit enrhumée il y a une dizaine de jours et qu'elle tousse encore.

Le symptôme qui la préoccupe le plus et qui a déterminé son entrée à l'hôpital, est un œdème de la jambe gauche qui la fait souffrir et l'empêche de marcher. Cet accident remonte à huit jours : à cette date, elle aurait constaté, dans le creux poplité, une petite grosseur un peu sensible à la pression; elle n'y fit pas attention et continua son travail; mais trois jours après, la jambe enflait, et la douleur, d'abord circonscrite au jarret, descendait le long du mollet.

Au moment de son admission, nous constatons tous les signes d'une phlegmasia alba du membre inférieur gauche. La jambe est tuméfiée, notablement plus volumineuse que la jambe droite; elle est le sujet d'un œdème blanc, dur, luisant et douloureux à la pression; le trajet des vaisseaux est facile à sentir et donne la sensation d'un cordon dur et rigide, commençant vers le creux poplité et descendant à la partie postérieure du mollet. La saphène interne et les veines crurales semblent normales.

Au repos et dans l'immobilité la plus absolue, la malade souffre médiocrement; elle n'a point de fièvre; mais le moindre mouvement éveille des souffrances vives.

Le traitement est ainsi institué : inhalations d'oxygène (10 à 15 litres par jour), tartrate ferrico-potassique et vin de quinquina, repos absolu au lit, la jambe étant recouverte d'ouate et enveloppée dans du taffetas gommé pour provoquer des transpirations locales.

Vingt-quatre heures après, dans la nuit du 29 au 30 novembre, survint un incident imprévu. La malade est réveillée par une vive douleur au côté droit, accompagnée d'une gêne respiratoire considérable. Nous la trouvons, le lendemain matin, encore plus pâle que de coutume, en proie à une dyspnée intense, respirant 48 fois par minute et souffrant beaucoup à chaque inspiration. Le pouls, petit et dépressible, bat 120 pulsations, et la malade a des sueurs. Elle tousse à peine, mais elle a eu un seul crachat hémoptoïque, constitué par du sang presque pur.

L'auscultation de la poitrine au point douloureux ne révèle que de la faiblesse du murmure vésiculaire, explicable par l'intensité du point de côté; il n'y a pas un seul râle.

Du côté de la jambe, la malade se plaint beaucoup moins; elle peut la remuer et la fléchir sans douleur, et la palpation ne fait plus sentir le cordon poplité. Cette disparition brusque des phénomènes de phlébite, coïncidant avec le développement de la douleur thoracique, nous font diagnostiquer une embolie pulmonaire. (Une piqûre de morphine de 1 centigramme.)

Le 1er décembre, le point de côté persiste avec la même intensité; l'auscultation est encore muette.

2 décembre. Les phénomènes stéthoscopiques ont changé. La percussion donne un son tympanique dans la partie supérieure du poumon droit, en avant et en arrière, tandis qu'il existe de la matité à partir du tiers inférieur. En ce point la respiration est obscure; plus haut, sur les limites de la région mate, le murmure vésiculaire est rude et légèrement soufflant; il n'y a toujours aucun râle. Le pouls est encore rapide (100) et la température relativement élevée: 39° 4. (Vésicatoire.)

A partir du 3 décembre, la fièvre tombe et le thermomètre ne marque plus que 37°. Mais les signes physiques d'atélectasie pulmonaires persistent.

Du 3 au 8 décembre, nous assistons à la rétrocession de ces symptômes. Le point de côté a disparu, la zone de matité va décroissant; la respiration, quoique faible, est aérée et a cessé d'être soufflante, le poumon redevient évidemment perméable.

A partir du 10 décembre, la malade commence à se lever un peu; elle ne souffre plus du tout de sa jambe et se croit guérie.

Le 16 décembre, la jambe droite, jusque-là indemne, devient à son tour le siège de douleurs vives, et le lendemain nous la trouvons gonflée et sensible à la pression, surtout au niveau du mollet. Nulle part on ne sent de cordon induré, mais il paraît certain qu'il s'est fait une thrombose dans les veines profondes du mollet. (Immobilisation du membre et compression ouatée.)

Le 19, la malade éprouve, très atténués, les mêmes symptômes pulmonaires que la première fois ; elle se réveille avec un point de côté à droite, très pénible, et l'auscultation n'en donne pas l'explication. Cette fois, il n'y a pas eu des expectorations sanguinolentes.

Cette douleur pulmonaire, vraisemblablement due à une embolie très petite, disparaît au bout de 36 heures sans laisser de traces. A partir de ce moment, la malade entre franchement en convalescence. Elle garde seulement une tendance à l'œdème des jambes qui reparaît facilement quand elle marche ou se tient debout. L'état chlorotique a diminué, quoique la malade reste encore pâle.

Le traitement général est continué, et la malade est envoyée au

Vésinet le 17 janvier, portant encore, par précaution, des bas élastiques, mais guérie complètement de sa phlegmasia.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 *mars* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend des lettres de MM. Vigier et Quesneville qui se portent candidats dans la section de pharmacie.

PATHOGÉNIE DU DÉLIRE IODOFORMIQUE. — M. *Jeannel* (de Toulouse) lit une étude d'où se dégage un fait sur lequel il désire insister. « En dehors des cas où l'iodoforme est employé sous forme de pansement, à des doses excessives, lorsque cet agent est manié de la même façon par le même chirurgien, chez tous les blessés, des accidents cérébraux, tels qu'un délire calme et passager, ou même un véritable délire maniaque prolongé et définitif, peuvent éclater. Dans tous les cas où j'ai observé les susdits accidents, les blessés étaient atteints d'une tare cérébrale antérieure ; c'étaient des malades (alcoolisme ou méningite chronique), des aliénés ou des candidats aliénés. En d'autres termes, s'il m'était permis de formuler en équation le résultat de mes observations en ce qui concerne le délire iodoformique, je dirais :

1° Traumatisme, pas de tare constitutionnelle ; pansement à l'iodoforme = pas de délire.

2° Traumatisme, tare constitutionnelle non cérébrale, pansement à l'iodoforme = pas de délire.

3° Traumatisme, tare cérébrale, pansement non à l'iodoforme = délire chez les malades (méningite, alcoolisme), pas de délire chez les aliénés.

4° Traumatisme, tare cérébrale, pansement à l'iodoforme = délire d'intensité variable.

RÉFLEXIONS SUR L'ORIGINE ET LA DESTINÉE DES MOTS DU VOCABULAIRE MÉDICAL. — M. *L. Lereboullet* lit un intéressant travail dans lequel il montre et combat l'origine de la plupart des mots récemment introduits dans le langage médical. Ce travail ne se prête malheureusement pas à une analyse succincte et doit être lu dans son entier.

TRAITEMENT OPTIQUE ET CURATIF DU KÉRATOCONE. — M. *Panas*. Le kératocone est une affection extrêmement rebelle contre laquelle on a employé sans succès des verres concaves, des verres convexes et diverses opérations. Ce qui a réussi le mieux jusqu'à aujourd'hui c'est la compression. Pour arriver à ce but M. Kalt applique sur la cornée une coque qui a la forme de la face antérieure de l'œil

et qui, appliquée directement sur la cornée ne provoque aucune irritation.

Ces expériences ont déjà été faites en Suisse par M. Fick qui a publié un travail sur ce sujet dans le dernier numéro (Mars) des *Archiv. für Augenheilkunde*. La même idée a donc pu venir en même temps à un travailleur allemand et à un travailleur français.

DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LES INOCULATIONS ANTIRABIQUES CHEZ LES INDIVIDUS MORDUS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — M. *Dujardin-Beaumetz*, chargé de faire, devant le comité consultatif d'hygiène, le rapport sur les cas de rage observés dans le département de la Seine pendant l'année 1887, a fourni les chiffres suivants :

306 personnes habitant le département de la Seine, se sont présentées au laboratoire de M. Pasteur pendant l'année 1887. Sur ce nombre, 44 avaient été mordues par des animaux chez lesquels des expériences d'inoculation, faites avec leurs cerveaux, ont nettement montré qu'ils avaient été atteints de la rage; 199 ont été mordues par des animaux qui n'ont pas, pour des causes diverses, donné de résultats expérimentaux, mais qui étaient accompagnés de certificats de vétérinaire attestant que ces animaux étaient réellement atteints de la rage; enfin 43 ont été mordus par des animaux sur lesquels on n'avait aucun renseignement.

Sur ces 306 personnes, il n'y a eu que deux décès; en retranchant les 43 personnes mordues par des chiens inconnus, il reste 263 personnes mordues par des animaux certifiés atteints de la rage et qui n'ont cependant donné que deux décès, soit 0,76 0/0.

Si d'autre part on se reporte aux chiffres trouvés sur la liste fournie par la préfecture de police, on voit que 44 personnes de cette liste ne figurent pas sur les listes du laboratoire de M. Pasteur. Ces 44 personnes ont fourni 7 décès, ce qui fait 15,9 0/0, chiffre analogue à ceux obtenus par MM. Leblanc et Brouardel, qui sont arrivés à une mortalité de 15 à 16 0/0.

Les deux décès observés au laboratoire de M. Pasteur ont atteint des personnes qui n'avaient pas suivi régulièrement le traitement; l'un était un ivrogne, l'autre une femme qui, trop éloignée du laboratoire, n'a pu venir subir les inoculations matin et soir comme cela aurait été nécessaire à cause de la virulence de l'animal, le chat, qui l'avait mordu.

M. *Féréol*. Cela fait 350 personnes mordues pendant l'année 1887, ce chiffre est considérable, et il serait nécessaire de demander au préfet de police de prendre des mesures pour restreindre cette énorme proportion.

M. *Dujardin-Beaumetz*. Le comité d'hygiène a présenté deux conclusions tendant précisément à ce but et montrant que

l'administration est suffisamment armée pour cela. M. Dujardin-Beaumetz et M. Leblanc se retirent pour rédiger des conclusions qu'ils vont soumettre au vote de l'Académie.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division); nous avons déjà donné la liste de présentation.

Pour la première place, sur 70 votants, majorité 36, M. Leloir, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est élu par 57 voix contre 5 données à M. Lépine (de Lyon), 4 à M. Mordret (du Mans), 3 à M. Morache (de Bordeaux) et 1 à M. Chédevergne (de Poitiers).

Pour la seconde place, sur 66 votants, majorité 34, M. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, est élu par 43 voix contre 15 données à M. Morache, 5 à M. Mordret, 2 à M. Chédevergne et 1 bulletin blanc:

M. *le Président* lit les noms des membres de la commission chargée de présenter une liste de présentation des candidats au titre d'associé libre. Deux membres ont été pris dans chacune des quatre grandes sections de l'Académie.

Médecine : MM. Milne-Edwards et Siredey ; chirurgie : MM. Labbé et Guéniot ; sciences accessoires : MM. Planchon et Jules Le Fort ; associés libres : MM. Blanche et Marjolin.

M. *le Président* annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie se réunira en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Javal sur les candidats au titre d'associé national.

Aujourd'hui même, l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Legouest sur les candidats au titre d'associé étranger.

De la prophylaxie de la syphilis. — M. *Trélat* veut aujourd'hui non pas faire un discours, mais simplement apporter quelques observations sur un point particulier.

On a beaucoup parlé dans cette discussion de la prostitution chez les mineures. Un document. transmis par M. Commerge, montre que sur 106 femmes envoyées au dispensaire, 76, soit les deux tiers, avaient moins de 21 ans. M. Th. Roussel a raconté l'histoire de cette petite fille de 15 ans, transfuge de la maison parternelle, qui, de retour d'Amsterdam, est allée demander au maire de Boulogne-sur-Mer une carte de prostituée. Le maire, après avoir cherché de tous côtés et vu que personne, ni le père, ni la charité, ni l'Assistance publique ne pouvait s'occuper de cette quantité sociale, finit par lui donner une carte de prostitution.

Il résulte de cela que la fille mineure est spécialement exposée à contracter la syphilis et, d'autre part, fréquemment atteinte. Elle est

très exposée parce que c'est un terrain jeune, très prédisposé à recevoir la semence syphilitique ; elle est jeune et inexpérimentée.

C'est pour cela que les filles mineures prostituées représentent le grand nombre des filles syphilitiques dans Paris.

M. Le Fort a montré par le menu combien il était difficile et même impossible d'empêcher cette prostitution des mineures. L'une des bases de notre code civil et de nos institutions sociales est l'autorité paternelle, contre laquelle nous ne pouvons rien et qui est en défaut dans ce cas.

M. Brouardel, de son côté, nous a montré que l'on aurait de la peine à établir ce qu'il faut faire des mineures prostituées.

M. Th. Roussel nous a montré comment on pourrait faire une loi chargée de remédier à la prostitution des mineures, mais cette loi n'est pas faite.

Un moyen plus simple consisterait à ajouter dans les conclusions à soumettre au vote de l'Académie ces mots : Renforcer l'autorité administrative particulièrement à l'égard des mineures.

M. Trélat a pour lui-même, comme citoyen et comme médecin, une opinion claire et ferme : il voudrait qu'avant 18 ans, les filles mineures fussent rendues à l'autorité paternelle, et lorsque le père ne voudrait pas les reprendre, qu'elles fussent placées dans des maisons de correction ; après 18 ans, lorsque le rouleau de la prostitution a passé sur toutes ces filles, il voudrait qu'on leur donnât des cartes de prostituées.

M. Trélat présente donc des conclusions signées par une dizaine de membres de l'Académie et qui lui paraissent résumer aujourd'hui les deux pensées fondamentales de l'Académie, d'abord la répression de la prostitution chez les mineures ; en second lieu, la possibilité pour les filles de recourir aux tribunaux.

M. le président donne lecture des articles ainsi modifiés :

Art. IV (modifié). Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics une loi de police sanitaire réglant et fortifiant l'autorité administrative, en particulier à l'égard des mineures et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit. (Adopté à l'unanimité.)

M. *Hardy* craint qu'en demandant uniquement une loi de police sanitaire, étant donnée la lenteur du travail de nos législateurs, l'administration ne se trouve après cela plus désarmée qu'aujourd'hui. M. Hardy demande donc que l'on ajoute à l'article IV, déjà voté, le paragraphe suivant :

« Mais en attendant cette loi, qui peut être promulguée, l'Acadé-

mie demande à l'administration de prendre contre la prostitution des mesures plus énergiques que celles qui existent aujourd'hui.

M. *Trélat* et M. *Le Fort*, tout en étant d'accord avec M. Hardy, pensent qu'il ne faut pas mettre cette opinion dans des conclusions fermes.

M. *Féréol* croit, comme M. Hardy, qu'il n'est pas inutile de mettre dans les conclusions la restriction formulée par M. Hardy.

M. *Larrey* pense que l'observation formulée par M. Hardy serait mieux placée dans la lettre d'envoi que dans les conclusions.

M. *le président* dit que cette réserve sera formulée dans la lettre d'envoi au ministre et continue la lecture des articles :

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et aux visites sanitaires. (Adopté.)

Art. VI. — Si l'inscription n'est pas consentie par la fille à qui l'administration l'impose, elle ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire. (Adopté.)

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile spécial dont elle ne pourra sortir qu'après guérison des accidents transmissibles. (Adopté.)

Art. VIII. — Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe. (Adopté.)

Art. IX. — Les mesures de surveillance et de prophylaxie fontionnant dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements. En province, les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un asile spécial.

M. *Trélat* et M. *Le Roy de Mirecourt* font observer qu'il est impossible de créer dans toute la province des asiles spéciaux.

M. *Brouardel* fait remarquer que les lois votées pour Paris sont toujours également exécutoires dans les départements.

Plusieurs membres demandent la suppression de l'article IX. Cette suppression est votée.

Suite de la discussion sur la rage. — M. *Dujardin-Beaumetz*, en son nom et au nom de M. Leblanc, propose les conclusions suivantes :

L'Académie, considérant que le nombre des cas de rage canine ne cesse d'augmenter dans le département de la Seine et même dans la France entière, que par suite le nombre des personnes mordues suit une progression constante, est d'avis qu'il y a lieu de réclamer aux pouvoirs compétents l'exécution des conclusions adoptées en 1885 par l'Académie sur cette question.

En conséquence, l'Académie réclame l'adoption urgente des mesures suivantes :

a. Utilisation du personnel des gardiens de la paix ou à son défaut création d'un personnel spécial.

b. Obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le paiement de la taxe, médaille dont le modèle variera chaque année.

c. Application rigoureuse des articles 53 et 54 de la loi du 22 juillet 1882.

Ces conclusions sont identiques à celles que M. Leblanc a présentées à l'Académie dans son rapport de 1885.

M. *Hardy* demande à dire un mot en faveur des chiens. L'exécution de cette loi tend à interdire d'avoir des chiens à Paris. Il suffirait d'exiger que les chiens ne puissent sortir qu'accompagnés. M. Hardy, qui a un chien, sait que, plusieurs fois par jour, quand on n'a pas de jardin, il faut laisser le chien descendre dans la rue. Il devrait suffire alors que les chiens fussent accompagnés par une personne de la maison.

M. *Dujardin-Beaumetz* fait remarquer que la loi existe et se borne à en demander l'application.

M. *Brouardel.* La seule chose nouvelle que la commission d'hygiène demande, c'est que les chiens portent la médaille, montrant qu'on a payé l'impôt pour eux ; c'est la suppression de chiens errants, c'est par suite l'abattage de 50 à 60 000 chiens à Paris. Dans tous les pays où on s'est borné à exiger la muselière ou la laisse, on n'a rien obtenu, la médaille seule est une garantie.

M. *Le Fort.* La médaille est en effet la chose capitale, si l'on demande trop de choses, on n'obtiendra rien.

M. *Leblanc.* La loi ne demande que l'une des deux choses, que le chien soit muselé ou tenu en laisse, elle ne parle pas de la médaille que nous demandons au contraire.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret.

NÉCROLOGIE

M. le Dr MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, est mort subitement le 13 mars. Reçu interne en 1859, il obtint la médaille d'or en 1863. Il était le secrétaire adjoint de l'Association générale des Médecins de France à laquelle il laisse sa fortune. Sa mort sera vivement ressentie par ses nombreux amis.

M. le Dr BELLET (C.-J.), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche), reçu en 1850.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 9 avril 1888, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 12 mars jusqu'au mercredi 28 mars inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

Association générale des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 8 et 9 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour de la séance du dimanche 8 *avril* 1888. — La séance est ouverte à 2 h. 1/2.

1° Allocution du président.

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier.

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Richelot, membre du conseil général.

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1887, par M. Riant membre du conseil général.

5° Première partie du rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 9 *avril* 1888. — La séance sera ouverte à 2 h. 1/2.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale.

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale.

3° Deuxième partie du rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888. Discussion et vote des propositions.

4° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1889.

5° Election du secrétaire général de l'association en remplacement de M. Foville, décédé.

6° Renouvellement partiel du conseil général :

Membres du conseil à renouveler : MM. Riant, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laennec, Bourienne, arrivés au terme de leur exercice (les membres du conseil sont rééligibles).

7° Rapport fait au nom du conseil général par M. Horteloup, sur la fixation de l'assemblée générale en 1889.

8° Rapport de M. de Ranse sur le vœu émis par la Société de la Loire et Haute-Loire en 1887.

9° Propositions et vœux soumis par les sociétés locales, à la prise en

considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1889.

Nota. — MM. les membres du conseil général de l'association et de la commission administrative de la société centrale ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des sociétés locales au banquet qui aura lieu le dimanche 8 avril, à sept heures précises, dans les salons de l'hôtel Continental, rue de Castiglione.

La fraude sur le poivre. — En raison de la fraude énorme qu'elle a constatée dans la vente du poivre, une commission d'inspection des pharmacies, drogueries et épiceries a demandé à M. le ministre du commerce s'il n'y aurait pas lieu de diviser les poudres de poivre en deux catégories : l'une comprenant les poivres purs, l'autre renfermant tous les mélanges qui devraient êtres vendus sous une qualification ne permettant pas de les confondre avec les premiers.

MM. Regnault et Martin, rapporteurs, ont proposé au comité de répondre à M. le ministre que, tout en reconnaissant les louables intentions de la commission, son vœu ne saurait être pris en considération, parce que, s'il l'était, à côté de la boîte de poivre *pur* on verrait bientôt apparaître la boîte de poivre *falsifié*, et que l'administration semblerait tolérer, sinon encourager, un délit que la loi l'oblige à réprimer. Ils ont ajouté que si la fraude des denrées alimentaires prend, dans certaines régions, des proportions inquiétantes, ce n'est pas que les commissions d'inspection soient désarmées, c'est bien plutôt qu'elles n'usent pas avec assez d'insistance des armes que la loi met entre leurs mains.

En ce qui concerne le poivre — dont la consommation totale représente un chiffre sérieux — le chapitre des falsifications est, en effet, des plus édifiants. Il existe des ateliers possédant des engins spéciaux pour la fabrication du poivre en grains au moyen de pâtes composées des mélanges les plus hétéroclites (farines de moutarde et de seigle, tourteaux de navette ou de chènevis, sulfate de chaux, craie, et même, dans quelques cas rares, la céruse elle-même.

C'est bien pis encore pour le poivre en poudre, dans lequel on voit entrer des farines avariées, du plâtre, des argiles, quelques fois même — on s'en est assuré — les résidus des comptoirs et des planchers des boutiques. Il convient d'ajouter que, depuis le fonctionnement du laboratoire municipal, les falsifications ont diminué. (*Bulletin méd.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier

Fièvres de surmenage, par le Dr Rendon. In-8°, 3 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

…-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 36 SAMEDI 24 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
…LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

…sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
…vrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 36 Samedi 24 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

—

Nature et origine du Tétanos.

Les notions nouvelles introduites dans la pathologie générale par la bactériologie font sentir chaque jour leur influence dans l'étude des maladies. L'ancienne étiologie, avec ses dénominations un peu vagues et surtout peu pratiques, s'évanouit peu à peu et cède le pas à la notion de causes plus réelles et dont la connaissance devient une ressource précieuse pour la direction du traitement. La clinique et l'expérimentation font aujourd'hui pour le tétanos ce qu'elles ont déjà fait pour nombre de maladies. L'origine microbienne soupçonnée par quelques-uns deviendra bientôt un fait incontesté, grâce aux travaux nombreux produits sur cette question et surtout à ceux du professeur Verneuil, qui s'est déclaré résolument pour cette étiologie. Jusqu'en ces dernières années, en effet, on était habitué à considérer le tétanos comme une névrose ayant pour condition, soit un traumatisme (tétanos traumatique), soit un refroidissement ou d'autres causes également vagues (tétanos médical ou spontané). Dans le premier cas, la blessure produit sur les extrémités périphériques des nerfs une irritation qui se propage le long des nerfs jusqu'à la moelle; l'irritation propagée à ce centre nerveux provoque des phénomènes de contracture et de convulsions dont la gravité est variable suivant l'importance des muscles atteints.

On a recherché minutieusement les lésions que pouvaient présenter les nerfs et la moelle depuis la blessure le long des trajets nerveux jusqu'au centre médullaire; les résultats ont été contradictoires et la névrite traumatique, considérée par quelques-uns comme la base anatomo-pathologique de cette complication chirurgicale, a été reconnue comme des plus inconstantes. M. Déjérine a trouvé deux fois les nerfs complètement sains, et, dernièrement encore, M. Vaillard déclarait avoir obtenu les mêmes résultats; dans un cas

seulement, il y avait des lésions légères siégeant à l'intérieur des gaines de Schwann, mais de son propre aveu, ces lésions ne peuvent être considérées comme la cause propre du tétanos, ni même servir de base à une interprétation pathogénique. C'est cependant surtout contre cette théorie nerveuse que lutte la nouvelle étiologie, car on n'a formulé que très incomplètement, et sans chercher à l'appuyer sur quelque preuve solide, l'origine toxique. Un poison convulsivant serait introduit par la plaie dans la circulation et porterait son action sur le système nerveux, ou bien le poison pourrait naître dans l'organisme, dans le cas de tétanos spontané. Mais aucune tentative sérieuse n'a été faite pour démontrer ce mode pathogénique qui est, du reste, en désaccord avec la marche même de la maladie, au moins dans les cas traumatiques.

Reste la théorie microbienne qui regarde la cause de la maladie comme étant de nature parasitaire; des organismes s'introduisent au niveau de la plaie et deviennent par leurs produits toxiques des sources d'infection. Si l'on a accordé peu de crédit aux initiateurs qui ont comparé le tétanos à une maladie virulente, il faut croire que l'observateur avait été jusqu'alors trop préoccupé des symptômes et pas assez du mode de développement de la maladie. Ce qui frappait surtout, c'était l'ensemble symptomatique que la nosographie rangeait par la nature des phénomènes dans la classe des névroses, tandis que la question pathogénique, limitée au rôle du système nerveux, laissait dans l'ombre certaines particularités que l'étiologie récente a bien mises en lumière.

Que nous montre d'abord l'étude des faits, les observations cliniques? Que le tétanos se développe accompagné de toutes les circonstances qui caractérisent une maladie infectieuse. Il est d'abord certaines contrées où cette maladie se montre avec une fréquence qui caractérise l'endémicité, ce sont, par exemple, le golfe du Mexique, l'Islande, certains points de la Bretagne et de la Normandie, et l'on voit de suite que les climats n'ont rien à voir dans l'étiologie.

On a remarqué ensuite que le tétanos apparaît parfois par séries, c'est-à-dire sous forme d'épidémies très restreintes. Le fait est surtout frappant en temps de guerre, alors que le tétanos est aussi commun dans certaines batailles qu'il est rare dans d'autres; on voit survenir de nombreux cas de cette maladie dans un hôpital ou une ambulance alors que l'ambulance voisine est indemne. Nos chirurgiens ont fait des observations analogues; ils ont vu, par exemple, plusieurs opérés être atteints dans un court espace de temps tandis que cette complication disparaît pour plusieurs mois ou même plusieurs années. M. Bonnefond a cité dans sa thèse le fait de quatre blessés qui périrent tous du tétanos après avoir occupé le même lit.

M. Verneuil rapporte qu'un médecin grec soignait dans un endroit malsain des individus atteints de la malaria qui succombèrent du tétanos au nombre de sept à la suite d'injections de sulfate de quinine faites avec une seringue de Pravaz. Enfin, des chirurgiens ont pu voir disparaître le tétanos d'une salle d'opérés à la suite de précautions antiseptiques minutieuses appliquées aux instruments.

Les vétérinaires ont observé des faits absolument analogues à la suite de la castration faite sur des chevaux; les accidents se suivant même dans ce dernier cas avec une ténacité désespérante qui avait frappé depuis longtemps les opérateurs et leur avait fait soupçonner la nature virulente du tétanos.

Sur l'appui de ces premières données cliniques, on cherche à reproduire expérimentalement la maladie en empruntant le virus présumé au sang, au tissu nerveux, ou aux tissus qui avoisinent la blessure. MM. Carlo et Rattone purent, par l'inoculation, reproduire le tétanos chez les lapins. Plus récemment Morisani a répété sur des animaux ces expériences en inoculant les liquides et les particules provenant de la plaie d'une femme opérée d'un cancer au sein et morte du tétanos. Or les animaux mouraient du tétanos et les inoculations successives d'un animal sur l'autre reproduisaient toujours les mêmes phénomènes.

Mais la preuve la plus décisive de l'existence du virus a été donnée par le professeur Nocard (d'Alfort) qui, ayant perdu quelques chevaux à la suite de la castration, racla les instruments de bois dont il s'était servi pour opérer et inocula les particules aux lapins et aux cobayes qui eurent le tétanos; le virus pris sur ces animaux inoculés développa les mêmes symptômes.

Enfin, M. Nicolaïer expérimentant sur de la terre recueillie dans les rues, les champs et les jardins, reconnut qu'elle ne possède pas les mêmes propriétés virulentes. Le sol des jardins introduit dans le tissu sous-cutané produit l'œdème malin, tandis que celui des rues détermine chez les animaux inoculés des phénomènes identiques à ceux du tétanos chez l'homme. Ce fait permet déjà d'entrevoir que la terre pourrait bien être le réceptacle des organismes infectieux du tétanos comme elle est celui du charbon.

Quant au bacille, sa recherche et sa culture paraissent fort difficiles, M. Nicolaïer a décrit un bacille un peu renflé à l'une de ses extrémités que M. Rosenbach a cultivé et dont l'inoculation détermine le tétanos chez les animaux. D'après ces deux auteurs, ce bacille anaérobie secréterait dans l'organisme un poison qui serait la cause des accidents nerveux tétaniformes. L'hypothèse d'un poison expliquerait la rareté relative des bacilles trouvés dans le corps des animaux tétanisés. Or, Brieger, expérimentant sur le bacille cultivé

par Rosenbach et par Koch, a obtenu plusieurs ptomaïnes toxiques dont l'une, qu'il appelle tétatine, produit des effets foudroyants et développe chez les animaux un véritable tétanos.

Brieger a remarqué en outre que le maximum de production des ptomaïnes toxique du tétanos répond à une température de 36° à 37° 5 des cultures, que si on élève cette température, les toxines disparaissent pour être remplacées par de l'ammoniaque ou des produits ammoniacaux ; ce fait peut faire supposer que la fièvre est un phénomène bienfaisant qui détruit les produits toxiques et empêche leur action.

Mais la question de l'origine du tétanos est entrée dans une voie nouvelle depuis que M. Larger a cité à la Société de chirurgie un fait indiscutable de transmission du tétanos du cheval à l'homme, et qui en même temps est très instructif en ce qu'il indique ce qu'il faut penser du tétanos spontané. La malade, en effet, ne ressentit les atteintes du mal que quatre mois après s'être fait une blessure au coude en tombant dans sa cour, alors que deux chevaux de l'écurie attenante étaient morts de cette maladie quelque temps auparavant. M. Verneuil frappé par cette observation fit appel aux médecins, ses collègues et amis, et aux vétérinaires. Les observations qu'il a recueillies de cette manière apprennent que l'air et l'eau sont très rarement les agents de transmission du poison, que l'homme est la principale source du contage, puis certains animaux, le cheval d'abord, la terre, enfin certains objets contaminés.

Que l'homme puisse être un agent de transmission, cela n'a rien d'étonnant puisque le mode étiologique est le même pour le tétanos que pour nombre de maladies contagieuses. Il peut être un agent de contagion directe s'il est atteint de la maladie, indirect s'il porte sur lui ou sur ses instruments les germes spécifiques. Dans ce dernier cas l'homme, pour me servir de l'expression de M. Verneuil, est simplement tétanifère. Il en est absolument de même en ce qui concerne la transmission du tétanos du cheval au cheval et de celui-ci à l'homme. La latence des germes tétanifères donne ainsi lieu aux faits en apparence les plus extraordinaires.

La terre peut être un agent de transmission lorsque dans certaines conditions elle recèle les germes ; dans ces cas, la blessure est contaminée par son contact direct avec le sol. De même les objets usuels en contact avec la terre, comme des instruments aratoires, une pierre, etc., peuvent déposer les germes sur les blessures faites par ces objets. Le Dr Benner, de Griefswald, a rapporté deux cas qui ne laissent aucun doute sur la valeur de cette interprétation. Un joueur de quille se blesse au médius avec une écharde provenant d'une planche du quillier. Huit jours après, le tétanos se déclare et se ter-

mine par la mort. L'inoculation faite aux animaux de la terre provenant du jeu ainsi que de la planche dont un éclat avait causé la blessure, provoqua invariablement le tétanos. Peu après, un enfant de six ans se blesse légèrement à la plante du pied par un caillou à arête tranchante et meurt du tétanos. L'inoculation des matières provenant de la blessure et de la terre où l'enfant s'était blessé provoque les mêmes phénomènes.

Mais le fait qui plaide fortement en faveur de l'origine équine du tétanos que défend M. Verneuil est que la terre n'offre pas partout la même propriété infectante. La terre inculte, M. Nicolaïer l'avait déjà remarqué, n'est pas nocive comme la terre cultivée et la terre des rues; celle-ci seule est tétanifère, et elle le doit à la présence du fumier de cheval. Or, celui-ci développe le tétanos aussi bien chez l'homme que chez le cheval, lorsqu'il souille les plaies. Partout où l'homme emploiera le cheval, la terre pourra être le réceptacle des organismes du tétanos et devenir tétanifère; des observations très nettes le prouvent. Il en résulte aussi, si la théorie équine est la vraie, que le tétanos doit être beaucoup plus commun chez les personnes qui, par leur position, sont en contact avec les chevaux ou avec la terre contaminée, et c'est ainsi que les blessés tétaniques se retrouvent en plus grand nombre parmi les palefreniers, les cochers, les agriculteurs.

Le tétanos est fréquent à la suite des morsures par les chevaux, des chutes de cheval ou de voiture qui favorisent la pénétration des germes spécifiques dans la plaie.

Enfin le tétanos humain et le tétanos équin s'observent dans les mêmes localités; c'est là un fait général qui peut bien entendu souffrir des exceptions.

Étant donnés les rapports du tétanos équin avec le tétanos humain, on voit qu'il se passe ici un fait analogue à ce qu'on observe dans le charbon et sa transmission des animaux à l'homme; l'analogie est d'autant plus frappante que le tétanos est beaucoup plus fréquent chez le cheval que chez l'homme.

De l'ensemble de ces nouvelles notions étiologiques, il résulte que le tétanos spontané n'existe pas et qu'il est avant tout un tétanos dans lequel l'inoculation accidentelle est passée inaperçue et a échappé au souvenir. Existe-t-il par contre un tétanos par absorption, médical, dans lequel le virus pénètre sans effraction comme cela a lieu pour la malaria, par exemple ? C'est possible; les observations nouvelles prises avec l'intention de rechercher ce mode de transmission seront surtout instructives; mais quant à l'existence du tétanos spontané, nous ne pouvons que renvoyer à la communication faite à l'Académie des sciences par le prof. Verneuil. (*France méd.* 122-87.) L. Jumon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *mars* 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. *le Président* prononce l'éloge funèbre d'Hippolyte Blot, ancien président de la Société de chirurgie, et propose de lever la séance en signe de deuil, après avoir donné la parole à M. Kirmisson pour présenter le malade atteint de paralysie hystérique et d'accidents hystériques consécutifs à un traumatisme dont il a été question dans la dernière séance.

M. de Saint-Germain est nommé membre honoraire à l'unanimité.

P. Bazy.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séances du 13 *mars* 1888. — *Présidence de M. le* Pr Verneuil.

Séance de 3 heures. — M. *Panas* (de Paris). Les *hématomes spontanés de l'orbite* sont rares et je n'en ai trouvé que 4 cas en comptant celui que j'ai observé.

L'enfant qui l'a présenté était sujet à des épistaxis répétés ; il était dyspeptique et gras.

Les raptus encéphaliques dont l'hématome est un signe doivent être considérés comme indiquant une dilatation stomacale. Cette pathogénie acceptable ici ne l'est pas dans tous les cas. Cette observation établit l'importance de la coïncidence de l'épistaxis avec l'hématome de l'orbite.

Les observations antérieures sont dues à Fischer, l'hématome succède à la ménopause, la 2e à Wharton Jones, chez une albuminurique et ayant partout des hémorrhagies, la 3e dans un ouvrage allemand, mais on ne peut assurer qu'elle ne soit pas le même cas que celui de Fischer.

Il faudrait savoir les rapports de la dyspepsie avec l'apoplexie et les hémorrhagies, épistaxis, otorrhagies, etc.

M. *Thiriar.* Il y a 3 ans j'ai communiqué les 3 premières observations de *cholécystectomie.* Les opérés vont très bien. J'eus l'occasion d'en pratiquer une nouvelle dont j'ai déjà communiqué l'observation à la Société de chirurgie dans les bulletins de laquelle on la trouvera.

Madame X. avait été prise en 1881 de douleurs vives dans l'hypochondre ; le lendemain ictère. Depuis coliques tous les 15 jours. Rien n'a pu la soulager. Les selles ne contenaient aucun calcul. En juillet

accès très violents. Le 24 juillet elle fut opérée. Incision sur le bord externe du droit antérieur puis transversale du muscle.

Il y avait adhérence intime du duodénum. Ce point fut le moment difficile de l'opération. La vésicule fut enlevée d'un coup de ciseau. Suture. Pansement au sublimé. Durée 1 heure 20. La vésicule contenait une bile brunâtre, elle était épaissie. Le résultat fut aussi bon que possible. Cette bénignité et ces bons résultats de la cholécystectomie doivent la faire préférer à la cholécystotomie.

M. *Lannelongue*. *Les kystes dermoïdes de la région fontanellaire antérieure* n'ont jamais été diagnostiqués du vivant du malade. 12 faits existent, 1 est dans mon traité, le second est celui qui a suscité cette communication. Le kyste dermoïde est transparent, peut être pulsatile. Du diagnostic il découle la nécessité d'enlever et la guérison est assurée. Au point de vue de l'âge on ne les a jamais vus congénitaux. On les aperçoit plus tard. La tumeur est molle, fluctuante, elle soulève la peau, repose sur le crâne, entourée par un bourrelet saillant indiquant qu'elle s'est fait son nid.

J'ai recherché ce qu'étaient les méningocèles de la région fontanellaire antérieure, mais je n'ai pas vu d'exemple et je n'en possède pas. — Un autre signe diagnostique, c'est que le kyste dermoïde n'existe pas au moment de la naissance.

Quelle pathogénie ? Pourquoi la ligne médiane, et sur cette ligne la région fontanellaire antérieure? Je crois que c'est parce que le crâne se développe comme la colonne vertébrale, et il peut se faire qu'un îlot superficiel soit enclavé dans le feuillet moyen. Pourquoi vers la glabelle ou la fontanelle antérieure? L'ossification du crâne s'attarde; j'admets que l'enclavement ait lieu n'importe où, l'ossification va déplacer cet enclavement. Un cas d'adhérence ancienne, antérieure séparée du kyste qu'elle maintenait avant, prouve ce déplacement. Quant au traitement, l'extirpation doit être la règle absolue.

M. *Ollier*. Dans un cas analogue contenant des cheveux, je réséquai les parties saillantes et suturai à la peau, espérant que les cheveux du kyste se confondraient avec les cheveux voisins. — Dans un cas plus ancien le malade mourut d'encéphalite à la suite de l'ablation.

M. *Pollosson*, dans un cas d'*œdème charbonneux à marche rapide*, fit 25 incisions de 10 centimètres ; à cela il ajouta des ponctions. L'auteur regrette qu'on oublie maintenant dans le traitement des premières heures du charbon les grandes incisions : le meilleur moyen que l'on ait, c'est encore la grande incision. Se rappeler Gosselin, qui disait, « Quand il s'agit d'une affection aussi grave et aussi rapide que la pustule maligne, il faut agir plutôt trop que trop peu. »

M. *Leprévost*, du Havre, communique l'observation d'un garçon de 16 ans, atteint, à la suite d'une blessure par arme à feu, d'une

pseudarthrose de l'humérus gauche et d'une paralysie radiale. La pseudarthrose guérit après avivement des fragments, suivi de suture osseuse ; mais le bout médullaire du nerf radial n'ayant pu, après deux tentatives infructueuses, être retrouvé au voisinage de la fracture, M. Leprévost se décida à l'aller chercher dans le creux axillaire, pour, de là, le suivre de haut en bas jusqu'à son implantation, sur la face interne du cal. La suture nerveuse put alors être pratiquée, et, le lendemain de l'opération, la zone anesthésiée du radial avait recouvré une partie de sa sensibilité. Malheureusement la paralysie motrice persiste encore aujourd'hui, cinq mois après l'intervention. La découverte du nerf radial dans l'aisselle peut se faire facilement si, au lieu de recourir à l'incision classique de la ligature de l'artère capillaire, sur le bord interne du coraco-brachial, comme le veut Letiévant, on a recours au procédé suivant qui est de mise pour la plupart des opérations praticables dans l'aisselle, sur le tronc du radial : 1° incision parallèle au bord postérieur du creux de l'aisselle, depuis son milieu jusqu'à la face interne du bras ; 2° découverte des tendons réunis des muscles grand rond et grand dorsal; 3° déchirure, sur le point le plus déclive, de la gaine celluleuse du paquet vasculo-nerveux ; 4° isoler le premier nerf qui se présente à travers la déchirure de la gaine : c'est le nerf radial, reconnaissable à son volume ; 5° charger sur un écarteur le reste du paquet vasculo-nerveux et le fixer hors de toute atteinte contre la paroi antérieure de l'aisselle.

M. *Vaslin* (d'Angers) lit une série d'observations ayant trait à l'ablation des *tumeurs ganglionnaires du cou.*

M. *Berthomieu* (de Moulins) fait, sur le *traitement des fractures du coude chez les enfants et les adolescents* par l'immobilisation en extension et supination, une communication dont voici les conclusions:

Lorsque l'on traite par la flexion ou la demi-flexion les fractures du coude chez les enfants, il se produit les deux phénomènes suivants :

1° La flexion se produit dans le foyer de fracture et non pas dans l'articulation.

2° Le fragment inférieur subit un mouvement de translation en avant avec saillie de l'épitrochlée si l'enfant est tombé le bras écarté du corps, saillie de l'épicondyle si la chute a eu lieu le bras rapproché du corps. — De sorte que l'ankylose ou la raideur articulaire que l'on observe fréquemment dans ce cas tiennent au défaut de réduction ou de coaptation des fragments et non pas à l'arthrite consécutive à une fracture articulaire. — Si l'on met le bras dans l'extension après une traction légère, la coaptation est parfaite, les fragments sont maintenus en arrière par l'olécrâne, en avant par le périoste qui est toujours décollé et qui, chez les enfants, présente une épaisseur

beaucoup plus grande que chez l'adulte. — Recherches antérieures de physiologie pathologique. — Statistique des cas traités par cette méthode. Observations nouvelles.

M. *de Backer* (de Roubaix) présente un stérilisateur portatif très ingénieux permettant d'obtenir la désinfection absolue des instruments par la chaleur. Ceux-ci sont refermés dans un cylindre de métal, renfermé lui-même dans un manchon contenant de la paraffine qu'on porte, avec une simple lampe à alcool, à 100 ou 120°.

M. *Lucas Championnière*, sans nier l'ingéniosité de l'appareil, fait remarquer que c'est compliquer à plaisir l'antisepsie, qu'elle peut être obtenue très suffisamment par le moyen généralement employé, — consistant à laisser suffisamment longtemps les instruments tremper dans l'acide phénique.

M. *Cerné* (de Rouen) rapporte les observations de deux malades atteints de *diabète phosphatique* seul et qui ont présenté des symptômes semblables à ceux du diabète glycosurique ordinaire. M. Cerné ne croit pas que ce soit la sécrétion des sels phosphatiques qui occasionne directement le sphacèle; il s'agit, comme dans la glycosurie, d'une déviation dans la nutrition générale,

M. *Verneuil* rapporte l'histoire d'un malade actuellement dans son service, entré pour un large anthrax de la nuque avec glycosurie très nette; sous l'influence des pulvérisations phéniquées, l'anthrax s'améliora rapidement; mais ce qui est curieux, c'est que la glycosurie disparut et qu'au diabète glycosurique succéda un diabète phosphatique considérable, puisque l'urine du malade contenait plus de 10 gr. de phosphate par jour.

M. *Cerné* n'a pas observé cette substitution chez ses malades; mais, chez eux les phénomènes n'étaient pas assez graves pour être rapportés au diabète glycosurique.

P. VERCHÈRE.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 26 janvier 1888. — *Présidence de* M. BOUCHARD.

M. *Comby* lit une note sur l'étiologie de la chorée. (V. *France médicale* n° 15, p. 169.)

M. *Florand*. — L'opinion de M. Comby, sur l'origine souvent nerveuse de la chorée, est, je crois, d'accord avec celle de MM. Charcot et Raymond, exposée dans des leçons récentes.

M. *Legendre*. — Les choréiques qui se présentent à l'hôpital des enfants peuvent se diviser en 3 catégories : les chorées simulées, plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, les chorées accompagnées

ou précédées d'accidents rhumatismaux ou de lésions endocardiques, les chorées enfin qui s'observent chez des enfants à l'hérédité nerveuse et en dehors de toute relation avec le rhumatisme. Je crois donc sage de dire qu'il y a deux ordres de chorées : les unes pouvant se rattacher à une origine rhumatismale, les autres se rapportant plutôt à une hérédité nerveuse. Cette opinion mixte est du reste celle de M. Cadet de Gassicourt.

M. *Duflocq*, M. *Deschamps* disent avoir observé des cas rentrant dans ces deux catégories.

M. *Comby*. — J'ai voulu seulement en lisant cette note me ranger parmi les adversaires de l'opinion exclusive de Germain Sée et de Roger. Je ne nie pas que les deux ordres de faits ne puissent être observés.

Les Secrétaires des séances,
A. Gilbert et M. Lebreton.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'antisepsie chirurgicale, par le D[r] *Paul Troisfontaines*, chirurgien adjoint des hospices civils de Liège (in-8°, Paris 1888, G. Steinheil, éditeur).

Le manuel du D[r] Troisfontaines est divisé en deux parties. Dans la première partie, après quelques considérations générales sur l'antisepsie chirurgicale, il étudie les procédés antiseptiques. Ce sont d'abord les substances antiseptiques dont il expose les avantages et les inconvénients et les divers modes d'emploi : l'acide phénique, le sublimé corrosif, l'iodoforme, qui pour lui mérite d'occuper le premier rang parmi les antiseptiques actuellement en usage, l'iodol, l'acide borique, le chlorure de zinc.

Dans le chapitre suivant il indique les précautions antiseptiques générales qui concernent la salle d'opérations, les instruments, les serviettes et compresses, les éponges, les matériaux de pansement, le champ opératoire, les opérateurs et leurs aides. Pour la désinfection de la salle d'opérations il recommande les lavages au sublimé, les pulvérisations phéniquées, le dégagement de vapeurs de chlore ou de vapeurs nitreuses ; celles d'anhydride sulfureux lui paraissent n'avoir qu'une efficacité restreinte.

La pulvérisation (Spray) et l'irrigation, les fils à ligature et à suture, les drains et le drainage, les tissus protecteurs imperméables, les matériaux absorbants font l'objet d'autant de chapitres séparés.

Enfin l'étude de quelques pansements antiseptiques (P. occlusif à l'acide phénique, P. sec durable, P. sous l'eschare humide, P. anor-

ganique) et de l'influence de l'antisepsie sur l'état du sujet termine cette première partie.

Dans la deuxième partie, le Dr Troisfontaines décrit les modifications que doit subir dans la pratique la technique antiseptique suivant la nature des lésions que l'on peut rencontrer. Mais, ne pouvant passer en revue la pathologie chirurgicale tout entière, il a limité cette étude à certaines catégories d'affections et de traumatismes d'un intérêt capital. Ce sont les plaies simples des parties molles, les fractures compliquées, les lésions traumatiques et inflammatoires des articulations, les lésions traumatiques et inflammatoires des séreuses (et à ce propos il étudie les laparotomies, les hernies étranglées, l'empyème), les plaies par armes à feu, les abcès, les brûlures, les complications infectieuses locales (anthrax, pourriture d'hôpital, phlegmon diffus, érysipèle).

Enfin, dans un court appendice, il donne un aperçu de l'antisepsie obstétricale.

Telles sont, rapidement énumérées, les nombreuses matières contenues dans ce petit manuel dont l'utilité pratique nous semble incontestable. E. Deschamps.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central.* — Ce concours sera ouvert le lundi 30 avril 1888, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire, au secrétariat général de l'administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 26 mars 1888, et sera clos définitivement le samedi 14 avril suivant, à trois heures.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, revue mensuelle fondée et publiée par MM. les Drs Henri Varnier et Paul Legendre, anciens internes des hôpitaux de Paris. Le nom des rédacteurs nous est un sûr garant de la valeur que saura prendre ce nouveau journal auquel nous souhaitons cordialement un plein succès.

Bulletin de la mortalité *du* 11 *au* 17 *mars* 1888. — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 6. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, Croup, 42. — Phthisie pulmonaire, 188. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses et autres, 44.

Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 57. — Paralysie, 7 — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 55.

Bronchite aiguë et chronique, 82. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 127.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 55.

Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 4. Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 35. — Suicides et autres morts violentes. 37. — Autres causes de mort, 237. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 1255. — Résultat de la semaine précédente : 1258.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER

Sur la pathogénie des accidents nerveux, consécutif aux explosions de grisou, par Paul GANDIN. In-8°, 2 fr.

De l'hystérie alcoolique, par le Dr DREYFOUS. In-8°, 1 fr. 50.

Du catarrhe chronique hypertrophique et atrophique des fosses nasales, de l'ozène, obstruction catarrhale des trompes d'Eustache, végétations adénoïdes du pharynx, traitement par la galvano-caustique chimique, par le Dr GARRIGOU-DESARÈNES. 1 vol. in-8° avec 34 figures intercalées dans le texte, 5 fr.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par le professeur BAUDRY, second et dernier fascicule. 1 vol. in-8°, 7 fr.

M. E. DELORME, professeur de clinique chirurgicale et de blessures de guerre au Val-de-Grâce, vient de publier, chez l'éditeur Félix ALCAN, le premier volume d'un important **Traité de chirurgie de guerre.**

Ce livre commence par une introduction très développée dans laquelle l'auteur, tout en rappelant l'action exercée par les chirurgiens militaires français sur les progrès de la chirurgie en général et de la chirurgie d'armée en particulier, montre en outre les causes persistantes et multiples qui, à la guerre, influencent les résultats des traitements et les modifient souvent d'une façon profonde.

Après une description très détaillée des *projectiles* actuellement en usage tant dans l'armée française que dans les autres armées en Europe et l'analyse des causes qui en modifient la puissance vulnérante, M. Delorme aborde l'histoire générale des *plaies des parties molles* et de leurs complications immédiates et secondaires.

L'auteur annonce pour la fin de l'année le second volume qui complètera l'ouvrage et dans lequel il traitera les *traumatismes des os* et les *lésions des articulations*, et terminera par l'exposé du *fonctionnement de la chirurgie militaire en campagne.*

Le premier tome forme un beau volume in-8 de près de 700 pages avec de nombreuses figures dans le texte, et une planche en chromo-lithographie.

Prix : 16 fr.; Félix ALCAN, éditeur.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

La PELLETIÉRINE de TANRET, *lauréat de l'Institut,* est le principe tænifu[ge] l'écorce de racine de grenadier préparé par l'inventeur et revêtu de son cachet. C'est un reméd[e] à prendre et qui, bien administré, donne des succès à peu près constants; aussi, la **Pelletiérin[e]** **Tanret** est-elle adoptée exclusivement par les Hôpitaux de la Marine et les Hôpitaux de Pa[ris]. Elle ne se délivre que par doses avec mode d'emploi détaillé.

Vente en Gros : CH. TANRET, 14, Rue d'Alger, PARIS.
Détail à PARIS : Phie TANRET, 64, Rue Basse-du-Rempart.



GOUDRON FREYSSINGE

Cette liqueur est de l'eau de goudron concentrée (formule adoptée par le nouveau Codex). C'est la seule préparation rationnelle pour administrer le goudron (**Bronchites** et **Catarrhes chroniques, Affections diathésiques, Affections cutanées, Septicemie).**

Mode d'emploi. — **Boissons :** 2 cuillerées par litre d'eau, vin, bière, tisanes, etc. — **Lotions, injections :** 4 cuillerées par verre d'eau. — **Pulvérisations :** pur ou coupé de partie égale d'eau.

LE FLACON 1 FR. 50. 105, RUE DE RENNES, PARIS, ET LES PHARMACIES

Avoir bien soin de prescrire **Goudron Freyssinge.** — *Les préparations similaires ayant une composition et des propriétés très-différentes.*



AFFECTIONS du CŒUR & de la RESPIRATIO[N]
Asthme, Affections valvulaires du cœur, Hypertrophies du cœur, Emphysème, Catarrhes pulmonaires, Palpitations, Oppressions et gêne de la respiration

VIN CARDIAQUE

Du Dr **SAISON,**
Pharmacien de 1re classe.
Sulfate de Spartéine, Convallamarine et Iodure de potassium
Gros : 11, rue de la Perle, PARIS

7770.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 37 MARDI 27 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. № 37 Mardi 27 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR RICHET.

Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe.

Leçons cliniques recueillies par le Dr P. BAZY,
Ex-chef de clinique chirurgicale,
Chirurgien des hôpitaux.

Messieurs,

Il y a huit jours, c'est-à-dire le 8 février 1882, est entrée dans nos salles une jeune femme qui nous raconte qu'en mangeant un haricot de mouton, elle se sentit tout à coup étouffer ; elle fut prise d'un véritable accès de suffocation, qui passa assez rapidement, mais fut suivie d'une sensation persistante de gêne dans le cou ; elle eut conscience qu'un corps étranger s'était arrêté sur le trajet de ses voies digestives. Elle vint immédiatement à l'hôpital, où elle fut vue par l'interne du service, qui put, en introduisant un explorateur à boule dans l'œsophage, sentir le corps étranger ; il jugea prudent de s'abstenir, d'autant plus que la malade pouvait avaler du bouillon et du lait sans trop de peine.

Le lendemain, à la visite, je sentis moi-même le corps étranger avec l'éponge montée sur la tige du panier de Graefe, et aussi avec un explorateur. Je pus m'assurer par la mensuration que le corpsi devait siéger au niveau de la fourchette sternale. Je ne voulus pas passer le panier de Graefe, sachant que c'est quelquefois un instrument dangereux. Je fis venir des instruments appropriés, et, dès le lendemain, j'essayai d'extraire le corps étranger en le saisissant avec la longue pince de Dupuytren, modifiée par M. Collin ; j'essayai aussi le parapluie anglais, mais je ne pus rien saisir ni ramener.

Messieurs, nous ne pouvons pas laisser ce corps étranger dans l'œsophage sous peine d'accidents graves et même mortels à bref délai. Aussi devons-nous intervenir; mais avant de le faire, j'ai voulu essayer encore d'un moyen qui a quelquefois donné de bons résul-

tats : j'ai fait donner un vomitif à la malade. Nous n'avons obtenu qu'un soulagement momentané. Les douleurs sont revenues avec autant d'intensité que jamais derrière la poignée du sternum. Mais peut-être cette douleur n'est-elle qu'une fausse sensation et n'indique-t-elle pas la présence du corps. Car vous savez que le corps étranger peut avoir changé de place, s'être mobilisé, être descendu dans l'estomac, et cependant la sensation douloureuse peut persister. Celle-ci tient alors à l'inflammation qu'a déterminée le corps étranger séjournant plus ou moins longtemps dans le même point. La cause peut avoir disparu et l'effet persister néanmoins quelque temps encore.

Pour nous édifier, j'ai fait boire la malade ce matin devant vous. Vous avez vu qu'elle boit comme toutes les personnes qui ont un corps étranger dans l'œsophage : elle prend de petites gorgées. La déglutition est pénible et comme saccadée : elle paraît se faire en plusieurs temps, et elle se fait avec effort, et en même temps détermine des douleurs.

Le corps étranger est donc toujours dans l'œsophage et paraît n'avoir pas bougé. Que faut-il faire ? Espérer que le corps se délogera de lui-même et descendra dans l'estomac serait nous bercer d'une dangereuse illusion, car l'œsophage a des parois contractiles et toujours appliquées l'une contre l'autre, comme l'anus et la portion intra-sphinctérienne du rectum ; elles s'appliquent sur le corps, et si le corps est plus ou moins aigu, comme celui-ci doit l'être, les aspérités se fixent dans les parois. L'œsophage n'est pas un tube creux dont les parois sont écartées, comme celles de l'intestin, c'est ce qui fait qu'un corps étranger, une fois qu'il est arrivé dans l'estomac, peut descendre sans inconvénient jusqu'au rectum, où, de même qu'à l'œsophage, il peut s'arrêter, et c'est là, pour le dire en passant, une des causes fréquentes des fistules à l'anus.

Un corps rond pourra parcourir facilement l'œsophage, ou s'il est arrêté, on pourra le refouler dans l'estomac. Un corps pointu, au contraire, on devra l'extraire par la bouche, car à vouloir l'enfoncer on s'exposerait à l'implanter davantage dans les parois de l'œsophage dans lesquelles les pointes sont déjà fichées.

C'est donc ce dernier parti que nous devons prendre. Les autres instruments dont je vous ai parlé ayant déjà échoué, je vais en essayer un autre. J'ai fait en effet construire un crochet monté sur une longue tige légèrement recourbée que je tâcherai de passer derrière l'os, afin de pouvoir dégager une de ses extrémités. Cette extrémité dégagée, je tâcherai de la saisir avec la longue pince de M. Collin, et de la sorte je ne risquerai pas de lacérer l'œsophage en retirant l'os.

Si je ne peux pas réussir, j'essaierai de nouveau le parapluie anglais, qui, à tout prendre, est un instrument relativement inoffensif, puisqu'on peut facilement le retirer, quand il est engagé derrière le corps étranger, ce qu'on ne peut pas toujours faire avec le parapluie de Grœfe.

Il est possible que toutes les tentatives échouent, et alors nous nous trouverons amenés à pratiquer l'œsophagotomie externe, car jamais on ne doit laisser dans l'œsophage un corps étranger ; la perforation, les phlegmons gangréneux et rapidement mortels seraient la conséquence de notre inaction.

Le professeur Richet, immédiatement après la leçon, a fait les tentatives dont il avait entretenu ses auditeurs avec une grande modération et une grande prudence ; il a insisté autant que la gravité du cas le commandait, mais sans se départir de la douceur qui doit présider à ces manœuvres délicates. Tous ses efforts ont été vains, et c'est alors qu'il a résolu l'œsophagotomie externe dont il a donné les indications et le manuel opératoire dans la leçon suivante faite quatre jours après, le 18 février.

Il a jugé prudent de préparer la malade à la nécessité de cette opération, et en même temps de la laisser se reposer quelques jours.

Après avoir rappelé ce qui s'était passé depuis le jour de l'entrée de la malade, le professeur Richet a continué ainsi sa leçon :

Dans la nuit du 14, c'est-à-dire le soir même du jour où nous avions fait des tentatives d'extraction par les voies naturelles, la malade a éprouvé de vives angoisses, elle a eu des accès de dyspnée qui l'ont obligée à quitter son lit et à passer la nuit assise dans un fauteuil. C'est dans cette position que nous l'avons trouvée le lendemain à notre visite ; elle était très impressionnée ; on eût été très mal reçu, si on lui eût proposé de recommencer ; nous avons eu quelque peine à l'examiner, tant elle craignait de nouvelles tentatives de notre part ; nous avons pu examiner son cou, et nous n'avons rien trouvé qui pût nous inspirer de l'inquiétude. Quoi qu'il en soit, l'état de notre malade m'a vivement frappé et je me suis promis de ne pas recommencer, au moins de cette manière. Le soin et la patience que j'avais apportés à tenter l'extraction par les voies naturelles suffisaient à me démontrer que je devais abandonner cette méthode et employer d'autres procédés.

Le lendemain, 15, j'ai été frappé de l'amélioration qui s'était produite ; la malade était calme, et à part la sensation de corps étranger et la gêne de la déglutition, rien n'indiquait une situation grave. J'ai donc espéré que nous échappions à la menace d'accidents inflam-

matoires qui pesait sur nous la veille, et j'ai dès lors pris mes dispositions en vue d'une intervention prochaine, mais auparavant j'ai voulu prendre l'avis de mon collègue, M. Le Fort.

Avec la sonde exploratrice nous nous sommes assuré que le corps étranger se trouvait toujours situé au niveau du bord supérieur du sternum ; comme vous l'avez vu, il ne pouvait bouger ; on ne pouvait ni le faire descendre ni le faire remonter ; c'est dans ces conditions que je demandai l'avis de M. Le Fort. Je dois vous dire que M. Le Fort, avant d'avoir vu la malade, était d'avis de tenter encore l'extraction par les voies naturelles, mais quand il eut vu les difficultés que nous avons eues à passer la sonde exploratrice, la résistance qu'opposait la malade à la manœuvre, et son aversion pour toute tentative nouvelle faite dans les mêmes conditions, il a été, comme moi, d'avis de ne plus insister.

D'une autre part, j'étais peu disposé à recommencer, sachant les difficultés que j'avais eues précédemment et le danger qu'il y aurait à vouloir quand même retirer le corps, en supposant que nous puissions passer derrière lui le panier de Graefe pour le ramener au dehors.

J'avais en effet présents à l'esprit deux cas que je puis vous citer puisqu'ils sont publics : un dans lequel Giraldès avait déterminé une longue perforation de l'œsophage bientôt suivie de mort, chez un enfant qui avait avalé une pièce de monnaie. L'autre cas appartient à Broca : l'extraction d'un os avec le panier de Graefe fut suivie d'une hémorrhagie tellement abondante que le malade succomba quelques instants après. Je ne parle pas, messieurs, d'une autre éventualité, à savoir que le panier de Graefe soit accroché derrière l'os et qu'il nous soit impossible de le retirer. En pareil cas, il n'y a d'autre ressource que l'œsophagotomie externe. Aussi, pour éviter tous ces dangers, c'est à elle que je pensais quand j'ai pris l'avis de M. Le Fort.

L'opération doit être faite à bref délai ; il ne faut pas temporiser, car le corps étranger est fiché dans les parois de l'œsophage, et celui-ci est vite perforé. Vous voyez d'ici le danger d'une perforation. Vous savez que l'œsophage glisse au milieu d'un tissu cellulaire lâche, préparé aux inflammations diffuses ; or, une parcelle d'aliment, des mucosités qui pénètreraient dans le tissu cellulaire auraient vite déterminé un phlegmon gangréneux péri-œsophagien rapidement mortel.

La perforation de l'œsophage n'est pas le seul accident ; les gros vaisseaux voisins, la carotide primitive et l'aorte peuvent être perforés par le corps étranger, témoin l'observation suivante que je dois à notre confrère, le Dr Ferraton, médecin principal en retraite, qui

l'a recueillie dans son service à l'hôpital du Dey à Alger. Je vous demanderai la permission de la lire avec les réflexions qui l'accompagnent.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1888. — *Présidence de* M. SIREDEY.

HÉMICHORÉE POSTHÉMIPLÉGIQUE. - M. *Féréol* présente un malade, âgé de vingt-cinq ans, qui prétend avoir eu, à l'âge de cinq ans, une fièvre typhoïde à la suite de laquelle survinrent une hémiplégie et des contractures. Depuis lors, il a conservé des spasmes choréiformes du côté droit. On note actuellement un certain degré d'atrophie du bras et de la jambe du côté droit; mais — et c'est là ce que ce cas présente de caractéristique — il n'y a pas d'anesthésie. L'état général est bon.

M. *Renault* observe dans ce moment un cas semblable. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, chez qui l'athétose aurait débuté après une fièvre typhoïde qu'elle eut à l'âge de cinq ans. Il n'y a ni hémianesthésie, ni hémitrophie.

M. *Comby* observe également un enfant de trois ans chez qui la maladie est consécutive à des convulsions.

M. *Féréol* pense qu'il serait intéressant d'élucider la question des rapports de la fièvre typhoïde avec l'hémichorée post-hémiplégique.

EPILEPSIE TRAITÉE PAR L'APPLICATION RÉPÉTÉE DE POINTES DE FEU SUR LE CUIR CHEVELU. — M. *Féré* présente un malade qu'il a traité de cette façon et chez lequel, comme chez sept autres, il a obtenu une diminution notable du nombre des accès. Ces malades atteints, les uns d'épilepsie jacksonienne, les autres d'épilepsie vulgaire, présentaient tous un certain degré d'hémiplégie due à une affection cérébrale qui avait précédé les manifestations convulsives.

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS. — M. *Richard* lit un travail en faveur de ce traitement qui lui a donné de meilleurs résultats que le traitement ordinaire. Dans la première partie de ce travail il montre les avantages de la méthode, dans la seconde partie il indique la pratique qu'il a suivie et les moyens qu'il croit propres à rendre facile l'organisation de la méthode de Brand dans les services hospitaliers.

M. *Féréol* désire que les services hospitaliers soient pourvus de baignoires mobiles sans lesquelles l'application de ce traitement est compliquée. Contrairement à M. Richard, M. Féréol croit que la

concentration des typhoïdiques dans une même salle rendrait plus difficile l'exécution de ce mode de traitement.

M. *Juhel-Rénoy* demande la concentration des fièvres typhoïdes dans un même service et fait ressortir d'une part la concordance de la statistique de M. Richard avec la sienne, d'autre part que l'on peut actuellement évaluer à 20000 le nombre de fièvres typhoïdes traitées par les bains froids avec une mortalité de moins de 5 p. 100.

M. *Barthe* a soigné tout récemment par les bains froids un de ses proches parents atteint de fièvre typhoïde. La méthode a été exécutée avec luxe (baignoire près du lit, deux infirmiers pour mettre le malade dans le bain et l'en sortir, un médecin ou un interne toujours présent et prenant la température avant et après le bain, etc.) Après 80 bains donnés en dix jours on avait obtenu une sédation notable des phénomènes nerveux, mais, malgré toutes les précautions prises pour la bonne application de la méthode de Brand, une pneumonie double éclata qui emporta le malade en 48 heures. M. Barth ne dit pas que la pneumonie ait été causée par les bains froids, mais il croit que l'on va trop loin en disant que le bain froid empêche la pneumonie.

M. *Juhel-Rénoy* estime que M. Barth est tombé sur un cas malheureux et soutient que la pneumonie est de trois à quatre fois moins fréquente avec la méthode de Brand qu'avec les autres méthodes.

M. *Labbé* fait ressortir l'action diurétique de la méthode et estime qu'il ne faut pas négliger, en même temps que l'on se sert des bains froids, les autres moyens propres à faciliter la diurèse, notamment l'alimentation lactée.

M. *Blachez* montre un énorme cancer de l'estomac qui, jusqu'à la mort, est resté absolument latent ; seuls, la cachexie et l'œdème avaient pu par exclusion faire soupçonner une lésion cancéreuse. mais sans qu'il fût possible d'indiquer l'organe qui en était le siège.

SAPELIER.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séances du 14 *mars* 1888. — *Présidence de M. le* Pr VERNEUIL.

La séance, ouverte à 9 h. 1/2 du matin, est consacrée à la question mise à l'ordre du jour et intitulée : DE LA VALEUR DE LA CURE RADICALE DES HERNIES AU POINT DE VUE DE LA GUÉRISON DÉFINITIVE.

M. *Socin* (de Bâle). — 1. La guérison radicale de la hernie inguinale ou crurale par un traitement opératoire est impossible.

2. — Cette opération est le complément obligé de toute kélotomie entreprise pour étranglement (sauf dans les cas où l'intestin ne peut ou ne doit pas être réduit).

3. — La cure radicale d'une hernie non étranglée est indiquée :

(A). — Chez les jeunes sujets des deux sexes au-dessous de vingt ans lorsque le traitement classique par le bandage ne réussit pas à maintenir réduite la hernie d'une manière complète et *absolument permanente*.

(B). — Chez les adultes lorsque le bandage ne tient pas la hernie *facilement*, *complètement* et sans douleur.

4. — Les chances de succès sont d'autant plus grandes que :

(A). — Le sujet est plus jeune.

(B). — La hernie plus petite et moins ancienne.

5. — L'existence d'une hernie double chez le sujet opéré, ou d'autres hernies chez les ascendants, diminuent les chances de succès.

6. — Le travail corporel ne favorise pas les récidives.

7. — Le port d'un bandage après l'opération est inutile, souvent nuisible.

8. — L'opération est sans danger dans les cas simples, il n'existe que :

(A). — Chez les sujets très âgés.

(B). — Quand la tumeur herniaire est immense et que les téguments en sont ulcérés.

(6) Quand l'ablation d'une grande partie de l'épiploon est indispensable.

9. — L'opération consiste en ablation totale du sac *au-dessus de son collet*. La suture des piliers n'est qu'exceptionnellement nécessaire.

10. — Dans les hernies congénitales, la dissection du sac herniaire peut offrir des difficultés, cependant elle réussit dans la grande majorité des cas.

La partie inférieure doit être conservée pour servir à refaire au testicule une tunique vaginale propre.

11. — Dans le cas d'ectopie avec atrophie du tissu glandulaire, le testicule doit être enlevé avec le sac.

M. *Léonbé* (de Bucharest) pratique depuis 1885 un nouveau procédé de cure radicale. Après avoir incisé la peau et le sac, réduction de l'intestin ou de l'épiploon, dans un deuxième temps traction sur le sac jusqu'à apparition de l'orifice abdominal du collet. A ce niveau, incision circulaire à l'aide du bistouri ; dès lors les deux bords séreux résultant de l'incision s'écartent, laissant à nu le tissu cellulaire sous-jacent. La séreuse du bord supérieur de l'incision a même

de la tendance à se recroqueviller en dedans ; pour favoriser ce recroquevillement décollement, et refoulement de la séreuse soit avec l'ongle, soit avec la pince. Puis une suture en bourse est faite de toute la surface dépourvue de séreuse. Le sac non réséqué est conservé, et après raclage avec la curette de Volkmann, est suturé dans un troisième temps soit au fil d'argent, soit au fil de soie en comprenant les téguments dans la suture.

Après la guérison, je déconseille le bandage. — Sur sept malades j'ai eu sept succès. La réunion se fait toujours par première intention. Quant à la récidive il n'y en a pas encore eu. Les avantages du procédé sont : 1° Durée de l'opération moins longue et moins pénible ; 2° on n'intéresse pas les éléments du cordon ; 3° on renforce l'occlusion de l'orifice supérieur du collet par la réunion des parois du sac qui forme un véritable pilier de soutien.

M. *Thiriar* (de Bruxelles) a tenté vingt et une fois la cure radicale depuis 1886. Une seule mort chez un alcoolique, au seizième jour après l'opération parmi les quatorze cures faites de propos délibéré. Sur les sept autres tentées après hernies étranglées, je n'ai eu aussi qu'un cas de mort, chez un glycosurique apporté *in extremis*.

Le port du bandage est déconseillé. En règle générale, j'interviens dans les conditions suivantes : Lorsque la hernie est irréductible, qu'elle est congénitale et s'accompagne d'ectopie testiculaire, qu'elle est incoercible, douloureuse, ou que difficilement maintenue elle est, par la profession même du hernieux, prédisposée à l'étranglement.

Même si la hernie se reproduit, l'opération a alors été avantageuse, parce qu'elle permet de la maintenir aisément à l'aide d'un bandage.

M. *Mollière* (de Lyon). — Les résultats obtenus légitiment-ils l'intervention ? Il est certain que, chez certains individus, la récidive est presque fatale, mais elle met ces malades dans de bien meilleures conditions qui leur permettent de maintenir la hernie. Par contre d'autres sujets opérés restent parfaitement guéris depuis plus de dix ans qu'ils sont opérés.

La gravité de l'opération ne doit pas la faire redouter. Elle est faible en somme, s'il n'y a pas de lésion intestinale. La péritonite n'étant plus à craindre avec l'antisepsie. Du reste avant celle-ci la Kélotomie déjà donnait, oserai-je dire, d'aussi bons résultats et il a été démontré dès 1868 que la péritonite alors ne naissait jamais au niveau de la plaie. Quant à la difficulté opératoire elle a été très exagérée. L'isolement du sac peut se faire assez facilement, puis débridement en dehors du sac et dilatation du collet, réduction de l'intestin et ligature du sac avec un fil élastique, après avoir eu soin d'attirer très énergiquement ce sac.

Le bandage est conseillé, mais bien des malades l'ont négligé et sont restés guéris.

M. *Routier* (de Paris) donne quatorze cas personnels de cure radicale et conclut en disant que l'opération est bénigne et doit être proposée pour toute hernie étranglée dans laquelle l'intestin peut être réduit, et pour toute hernie qui ne peut être complètement, constamment et facilement contenue.

M. *Trélat* (de Paris). — Je ne saurais trop m'élever contre le mot de cure radicale et je crois qu'on doit dire cure opératoire, 40 0/0 des opérés sont forcés de porter un bandage. Donc ils sont dans les mêmes conditions que ceux qui ont une petite hernie, habituellement contenue par un bandage. Dans ces derniers cas, inutilité d'opérer. Quand la hernie est mal réduite et mal contenue, il faut faire l'opération.

Dans ces cas elle donne ou la guérison complète ou une guérison relative. La bénignité opératoire dans cette question joue un grand rôle. J'ai réussi 160 cas de cure opératoire sans mort; à la Société de chirurgie on a cité 130 cas ce qui fait 290 et à ceux-ci j'ajoute 17 faits de mon service dans lesquels 15 fois la réunion fut parfaite, et 2 fois après un peu de suppuration, ce qui donne 307 cas sans un cas de mort. La mortalité est à peu près en mettant tout au pis 0,08 0/0. Disons pourtant qu'il serait possible, dans les cas avec adhérences au sac, à l'épiploon, etc. de voir survenir des accidents; mais quelle opération n'en provoque pas, et si on examine, aucune ne peut avoir un pronostic plus bénin. Je mets en fait que la cure radicale augmente la moyenne de la vie des hernieux. Après avoir longtemps soigné ceux-ci par la méthode lente, je suis devenu *cure-radicaliste* et pour emprunter les termes mêmes de notre président, la cure opératoire se défend par son efficacité, sa bénignité. Que s'il y a un peu de difficulté, au chirurgien d'y suppléer par son habileté.

M. *Bœckel* (de Strasbourg). — La cure opératoire est une opération laborieuse et difficile. Il faut pour la faire de grandes précautions et craindre quelques complications non inhérentes à l'opération elle-même, et il faut ne l'entreprendre qu'après s'être entouré de toutes les garanties possibles. Sur 12 opérés M. Bœckel eut 2 morts, l'une due à une septicémie aiguë, occasionnée par une gangrène des bourses; l'autre alcoolique également, mourut de délirium tremens 16 jours après l'opération. Sur les dix cas restant, 2 ont présenté des récidives presque immédiates.

M. *Lebiberder* (de Lorient). — Le tissu conjonctif sous-péritonéal joue un grand rôle dans la guérison des hernies.

Ce rôle consiste dans la production d'un tissu cellulo-graisseux

d'abord, puis fibro-graisseux ensuite, qui, dans certaines conditions, peut oblitérer l'orifice herniaire.

M. *Segond* (de Paris) ramène la question sur la valeur des résultats définitifs de la cure radicale.

Sur 44 cas, en laissant de côté au point de vue de la bénignité les kélotomies pour hernies étranglées, il y eut 14 cures radicales sans un seul décès, d'où l'on peut conclure à la bénignité opératoire.

Au point de vue de l'efficacité, et alors on peut faire rentrer les cas opérés pour hernie étranglée, on peut s'appuyer sur le sentiment des malades qui est l'enthousiasme. Sur la moitié des malades venus opérés depuis 8 à 10 mois, je ne connais que deux faits qui méritent le nom de cure radicale. Les malades portent bandage, mais ils le portent mal. Pour les autres, tous ceux qui ont porté bandage ont conservé le bénéfice de leur opération, les autres l'ont perdu.

J'accepte les indications opératoires de M. Trélat, mais on doit prévenir les malades qu'ils auront à porter un bandage.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de pathologie chirurgicale générale, 2e fascicule, par *S. Baudry*, professeur à la Faculté de médecine de Lille (Delahaye et Lecrosnier, édit. Paris, 1888.)

Lorsqu'il y a un peu plus d'un an, nous disions que nous étions sûrs « de l'apparition rapide et impatiemment attendue du deuxième fascicule » du livre de M. Baudry, nous ne nous étions pas trompés. — L'auteur vient de faire paraître ce second fascicule. Nous y trouvons les mêmes procédés que nous avions signalés dans le premier, la même simplicité, la même clarté ; c'est le même esprit synthétique qui a dicté ces pages intéressantes.

Dans le premier fascicule, l'auteur s'était occupé des grandes questions de l'inflammation, de l'hémorrhagie, du traumatisme en général. Dans celui-ci, il s'occupe d'abord des lésions traumatiques compliquées : plaies empoisonnées, corps étrangers, etc. Enfin un chapitre très complet, qu'on ne trouve pas encore dans les traités didactiques de pathologie chirurgicale générale et ayant trait aux plaies cavitaires — L'auteur ne s'occupe que des plaies siégeant ou communiquant avec les cavités naturelles, laissant de côté celles qui sont en rapport avec les cavités pathologiques et naturelles devenues pathologiques.

Dans les cavités naturelles, l'auteur distingue celles : 1° qui sont constamment et directement en rapport avec l'extérieur ou tempo-

rarement et par une ouverture étroite; 2° qui n'ont avec l'extérieur que des rapports éloignés par l'intermédiaire des cavités précédentes; 3° les cavités closes. Par cette division, l'auteur est amené à envisager les plaies des voies aériennes, du tube digestif, enfin des cavités séreuses, plèvres, tunique inguinale, etc. — Toute cette étude est faite très consciencieusement et dorénavant impose à tout auteur qui aura à s'occuper de la question l'obligation d'inscrire parmi les chapitres qu'il aura à traiter celui des plaies cavitaires.

Dans les chapitres qui suivent, l'auteur montre l'influence réciproque des maladies et du traumatisme, maladies diasthésiques, constitutionnelles, infectieuses, chroniques, intercurrentes, enfin les intoxications.

La blessure des tissus malades, l'influence des milieux sur les lésions traumatiques est étudiée en quelques pages nouvelles et instructives.

Dans l'analyse que nous avons faite du premier fascicule, nous nous étions plaints de la briéveté du chapitre ayant trait aux hémorrhagies; nous faisons amende honorable et ne savions que nous devions trouver étudiées à part et complétées ces complications dans un long chapitre de ce deuxième fascile intitulé hémorrhagies traumatiques.

Les septicémies chirurgicales sont l'objet de chapitres intéressants. Il était là encore difficile d'être clair. L'auteur y a réussi et a su débrouiller en une cinquantaine de pages une question encore à l'étude.

Signalons en terminant la quatrième et la cinquième partie de l'ouvrage consacrées aux tumeurs en général et aux vices de conformation. — Ces deux études doivent se lire et l'analyse ne saurait rendre tout ce qu'elles contiennent.

La rapidité d'apparition (si rare à notre époque) de ce fascicule, sa concision et son intérêt, font du livre de M. Baudry un ouvrage au courant des travaux les plus récents, facile à retenir et instructif pour tous ceux qui le liront, quels qu'ils soient.

Dr Henri Fèvre.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort d'un des médecins les plus distingués de la province, le Dr J.-B. Emile Vibert, ancien interne des hôpitaux de Paris (1854), médecin de la Cie P.-L.-M., chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy, président de l'association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire, correspondant de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 18 mars, à l'âge de 58 ans.

Le Dr SOULEYRE (A.-A.), de Boen-sur-Lignon (Loire), reçu en 1857.
Le Dr MARIÉ, 37, rue Brochant, à Paris, reçu en 1880.
Le Dr RODET, médecin-major.
Le Dr JEANBERNAT, de Toulouse, reçu en 1862.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours public pour deux places de chirurgien du bureau central.* — Ce concours sera ouvert le vendredi 4 mai 1888, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire, au secrétariat général de l'administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 3 avril 1888, et sera clos définitivement le samedi 21 avril à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MM. HÉRARD, président de l'Académie de médecine et CORNIL, professeur à l'Académie de médecine de Paris, viennent de publier, avec le concours de M. HANOT, agrégé de la Faculté, une seconde édition de leur Traité de la phthisie pulmonaire devenu classique, et dont la première édition était depuis longtemps épuisée. Pour cette seconde édition, les auteurs ont mis à profit les progrès accomplis depuis vingt ans dans l'étude anatomique et clinique de la phtisie.

Un chapitre nouveau est venu s'ajouter, celui de la bactériologie qui a modifié si profondément la compréhension de la tuberculose; les auteurs indiquent les procédés employés pour la reproduction du tubercule au moyen des cultures, et l'étude de son développement.

L'étiologie de la *tuberculose* s'est trouvée complètement modifiée par la découverte de son bacille; aussi le chapitre des *portes d'entrée de la tuberculose*, suivant l'expression consacrée, a-t-il reçu tous les développements qu'il mérite. Enfin une large place est accordée dans ce livre au traitement : il est admis aujourd'hui que la phthisie est curable et les auteurs passent en revue d'une façon très complète les nombreux agents de la matière médicale et surtout de l'hygiène dont la thérapeutique dispose pour la lutte contre ce terrible fléau.

(Un beau volume grand format in-8°, avec 65 fig. en noir et en couleurs intercalées dans le texte, et 2 planches en chromo-lithographie, hors-texte, 20 fr. Félix ALCAN, éditeur.)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

RENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 38. JEUDI 29 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 38 Jeudi 29 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 28 mars 1888.

L'Académie a adopté hier sans grande discussion les deuxième, troisième et quatrième chapitres des conclusions proposées par la commission relative à la prophylaxie publique de la syphilis. Nous devons cependant signaler le débat relatif aux nouvelles conditions de stage que la commission désirerait imposer aux étudiants en médecine, desquels on exigerait un stage de trois mois dans un service de maladies vénériennes. M. Brouardel a montré quelles difficultés il y aurait à surmonter pour obtenir cette modification.

Signalons aussi les arguments très serrés que M. Legouest a opposés à la commission pour tout le paragraphe IV, relatif à la prophylaxie de la syphilis dans l'armée. M. Legouest prétend que tous les articles de ce chapitre demandent des réformes qui existent déjà ou qui sont inutiles, et il en demande radicalement la suppression. M. Léon Colin, M. Le Roy de Méricourt et M. Rochard ont répondu aux objections de M. Legouest. La suite de la discussion a d'ailleurs été renvoyée à la prochaine séance.

M. Galezowski et M. Magitot, candidats dans la section des associés libres, ont lu deux travaux, le premier sur l'atrophie du nerf optique d'origine ataxique, le second sur des recherches physiologiques et médico-légales relatives à l'âge de l'homme de la naissance à six mois.

En comité secret, M. Javal a lu les conclusions de la commission chargée de faire un rapport sur les candidats au titre d'associé national. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant : MM. Coze, Burdel, Raimbert, Willemin, Teissier et Pénard.

A. Ch.

De l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie,

Par M. le Dr E. Renaud.

L'épilepsie se traduit très souvent, à son début, par des malaises insidieux (étourdissements, vertiges, absences, crampes, spasmes, incontinence d'urine), dont la signification pathologique véritable est méconnue. On n'oppose, par conséquent, à ces malaises aucun traitement rationnel.

Ces phénomènes initiaux se manifestent toujours d'une manière identique. Ils constituent à eux seuls l'accès incomplet ou petit mal, et ils reproduisent en raccourci l'image exacte du commencement de l'attaque, ou grand mal.

Une fois que l'habitude convulsive est contractée, les crises se renouvellent souvent sans cause appréciable et en vertu d'une sorte de routine. Dans les cas où la rétrocession morbide s'opère, les attaques disparaissent d'abord, tandis que les accès incomplets ne sont influencés qu'en dernier lieu. L'épilepsie, on le voit, finit comme elle a commencé.

Non seulement l'épilepsie idiopathique est une affection plus souvent curable qu'on ne l'a cru jusqu'ici, mais encore il est possible, dans beaucoup de cas, d'obtenir des suspensions très prolongées de tous les accidents épileptiques. Ces rémissions équivalent presque à des guérisons.

De tous les médicaments préconisés contre l'épilepsie, le bromure de potassium, exempt d'iodure, est certainement le plus efficace. Lorsqu'il n'atténue pas considérablement la maladie, il abat du moins les secousses, les soubresauts, l'état nerveux, l'irritabilité et les impulsions des épileptiques. Il calme sans jamais exciter.

Le bromure de potassium ne commence à produire des résultats appréciables, chez l'adulte, qu'à partir de 4, 5 et 6 grammes, et il peut être élevé progressivement, selon les indications, jusqu'à 9 ou 10 grammes par jour.

Les effets physiologiques du médicament ne produisent aucun trouble sérieux dans la santé. L'anaphrodisie temporaire doit seule être annoncée aux malades.

Tout médecin peut obtenir des succès en matière d'épilepsie, mais aux conditions suivantes : faire preuve d'une persévérance exceptionnelle ; administrer un sel bromique d'une irréprochable pureté ; en surveiller les effets tous les huit jours ; prolonger la médication pendant un an et, dans le cours de la seconde année, la reprendre tous les trois mois pendant trente jours consécutifs.

Telles étaient les conclusions du mémoire magistral que l'éminent

Legrand du Saulle publiait, il y a une vingtaine d'années, dans la *Gazette des hôpitaux*. Ce travail fit une grande sensation. Les épileptiques allaient enfin trouver un soulagement, une amélioration sérieuse ou même grâce à la persévérance du traitement, la guérison.

Le mode d'administration du bromure de potassium est d'une importance énorme ; les solutions bromurées ont le grave inconvénient de déterminer de l'irritation gastrique, du dégoût, de la perte d'appétit, de la diarrhée et de l'amaigrissement. Sans doute, ces effets ne tiennent d'ordinaire qu'à ce que le bromure de potassium est chloruré ou ioduré. Il faut, avant tout, être certain de sa pureté.

C'est en suivant les sages prescriptions du mémoire de Legrand de Saulle que Henry Mure a livré à la pratique médicale son sirop de bromure de potassium, exempt d'iodure. Les malades supportent à merveille ce produit qui est agréable au goût, très bien préparé, mathématiquement dosé et d'une action certaine. Henry Mure a neutralisé les effets désagréables du sel bromique sur le tube digestif et préparé un excellent produit pharmaceutique à l'aide du sirop d'écorces d'oranges amères. Chaque cuillerée du médicament renfermant exactement 2 grammes de bromure exempt d'iodure, la prescription du médecin est simplifiée et l'ingestion du remède est rendue facile au malade.

Le *sirop d'Henry Mure au bromure de potassium* (*exempt d'iodure*) est un médicament éprouvé. Il s'adapte à toutes les combinaisons et se prête à toutes les nécessités de la pratique médicale, dès qu'il s'agit d'une névropathie, et surtout d'une névrose convulsive. Toutefois, si l'on veut mettre en œuvre le traitement à dose progressive et élevée conseillée par Legrand du Saulle, il est indispensable que le médecin ordinaire dirige seul l'administration du médicament et qu'il en surveille fréquemment les effets.

En résumé, persévérance de la part du malade, prudence de la part du médecin et supériorité notoire de l'agent bromique de la part du pharmacien : telles sont les conditions fondamentales du succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Guignard qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pharmacie ; 2° une lettre de M. le Dr H. Faucher, priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (accepté) ; 3° une lettre de M. le Dr Séjournet

(de Revin) adressant à l'Académie un compte rendu des maladies et de la mortalité infantiles dans sa circonscription.

Élection. — L'Académie procède à l'élection de deux associés étrangers :

Pour la première élection, sur 43 votants, majorité 22, M. Prescott Hewett (de Londres) est élu par 38 voix contre 5 données à M. Spencer Wells (de Londres).

Pour la seconde place, sur 45 votants, majorité 23, M. Longmore (de Netley) est élu par 32 voix contre 13 données à M. Spencer Wells.

Des différentes variétés d'atrophies du nerf optique ataxique. — M. *Galezowski* est convaincu que l'atrophie des papilles optiques ataxique n'a pas toujours le même aspect ophthalmoscopique, que le processus morbide varie selon la nature de la lésion. Tantôt ce sont les fibres nerveuses ou cylindres axes qui sont pris les premiers, tantôt, au contraire, la lésion débute par les vaisseaux du nerf optique, par une sorte d'endartérite ou périartérite avec toutes ses conséquences.

Parmi les symptômes caractéristiques de l'atrophie des papilles, les plus importants sont : les contours bien tranchés, bien circonscrits de la papille, la conservation des gros vaisseaux et la disparition des vaisseaux capillaires.

Un symptôme important de la gêne de la circulation dans la rétine, c'est que les vaisseaux perdent leur élasticité, tandis que leurs branches principales deviennent ondulées et forment comme une sorte de chapelet. Ce phénomène, joint à des liserés blanchâtres périvasculaires, donne une grande certitude de l'altération des parois des vaisseaux.

Un troisième symptôme, c'est la suffusion séreuse péripapillaire, qui rend les contours de la papille moins transparents et moins tranchés que cela n'arrive d'ordinaire.

Du côté de la papille, on voit aussi des fibres optiques opaques, et, de plus, on y distingue très nettement de petites artérioles complètement oblitérées et transformées en cordons blancs.

Ces altérations vasculaires du nerf optique ne sont pas très fréquentes; mais ce qui est très important à noter, c'est que, dans cette forme de l'atrophie ataxique, le mal a pu être arrêté dans sa marche pendant des mois, des années.

M. Galezowski formule les conclusions suivantes :

1° Les atrophies ataxiques comprennent environ les deux tiers de la masse des atrophies papillaires ;

2° Dans un peu plus des 2/3 des atrophies ataxiques l'existence de la syphilis a pu être démontrée ;

3° Enfin, quoique l'atrophie ataxique, en général, ne soit pas guérissable, elle peut être arrêtée dans sa marche lorsqu'elle est accompagnée d'altérations particulières des vaisseaux.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICO-LÉGALES SUR L'AGE CHEZ L'HOMME (DEPUIS LA NAISSANCE JUSQU'AU SIXIÈME MOIS. — M. *Magitot*. — Dans un travail déjà ancien nous avons cherché à établir sur quels documents empruntés à l'évolution des mâchoires et de l'appareil dentaire peut s'établir l'âge probable de l'embryon humain.

Ce premier travail s'arrêtait à la naissance, mais la détermination de l'âge probable conserve, pour les nouveau-nés, une importance plus grande encore peut-être que pour l'embryon, et c'est ainsi que nous avons été conduit à poursuivre la même enquête, basée sur les signes de même ordre pour la période prima-infantile, c'est-à-dire jusqu'au sixième mois, époque à laquelle l'apparition des premières pièces de la dentition vient fournir un point de repère certain.

Les documents déjà publiés sur cette question sont relatifs : 1° à l'état du nouveau-né considéré dans sa totalité ; 2° à l'état de l'évolution de l'appareil dentaire ; 3° à l'état des deux mâchoires, aux cloisonnements alvéolaires, aux points d'ossification des deux os, à la mesure successive de l'angle du maxillaire inférieur ; 4° enfin aux conditions fournies par les points d'ossification du squelette en général.

Au point de vue médico-légal, le problème peut se présenter sous plusieurs aspects ; tantôt le nouveau-né est intact et l'état des gouttières alvéolaires et de leur contenu devient un des éléments principaux d'information ; tantôt l'enfant a été dilacéré, et dans ce cas, l'examen d'un simple fragment maxillaire suffit à fixer l'investigation.

Enfin, si le nouveau-né a macéré longtemps dans l'eau des latrines, ou bien s'il a été desséché ou carbonisé dans un foyer, on pourra encore déterminer l'âge probable du sujet, s'il a été possible de retrouver un simple débris de maxillaire, ou même un seul de ces chapeaux dentinaires qui résistent aux agents physiques.

DE LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS. — M. *Fournier* lit le § II du projet de la commission : *hospitalisation, traitement.*

Art. 9. — Le nombre de lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

Art. 10. — Cette augmentation du nombre de lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais par la création

de *nouveaux hôpitaux spéciaux*, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte.

Art. 11. — Les *médicaments* propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

Art. 12. — Un service de *consultations gratuites*, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

Art. 13. — Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pourle traitement des affections vénériennes; — et les locaux affectés à ce dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

L'ancien article 15 est supprimé.

Ce chapitre est adopté après de courtes observations.

M. *Fournier* lit les articles du § III : *réformes dans l'enseignement.*

Les innovations ou réformes proposées par la commission sont les suivantes :

Art. 14. — Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions.

M. *Trélat* demande que les docteurs en médecine puissent également pénétrer dans ces services avec une carte administrative. L'article est accepté avec cette addition.

M. *Fournier* lit l'article 15.

Art. 15. — Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de la thèse, un *certificat de stage* de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes.

M. *Brouardel* fait toutes ses réserves au sujet de l'adoption de cet article : il trouve qu'on empiète sur les attributions scolaires de la Faculté. Les accoucheurs, les oculistes pourraient également demander que les étudiants fassent trois mois de stage dans leur spécialité; or nous ne gardons les étudiants que pendant cinq ans, et il faut aussi qu'ils puissent apprendre la pneumonie.

M. *Besnier* propose la suppression de cet article.

M. *Fournier* répond que cette suppression irait absolument contre les vœux de la commission. La commission a constaté l'ignorance de la plupart des étudiants au point de vue des maladies syphilitiques : or cette ignorance peut avoir des conséquences véritablement sociales.

M. *Brouardel* ne demande pas mieux que de s'associer au vœu de M. Fournier, mais il demande à qui ce vœu peut être renvoyé.

M. *Fournier*. A vous.

M. *Brouardel.* Il ne dépend ni de moi, ni de la Faculté, ni de l'Assistance publique, ni de nos collègues des hôpitaux de modifier les conditions actuelles du stage. Depuis six mois, je demande qu'il y ait trois accouchements pour chaque diplôme de docteur en médecine, je ne l'ai pas encore obtenu. Or, toutes les femmes n'ont pas la syphilis et la plupart des femmes accouchent. Le succès que j'ai obtenu en demandant ces trois accouchements par élève montre celui que je pourrais obtenir en demandant le nouveau stage de trois mois. Or la modification proposée relativement aux accouchements est assurément plus urgente que celle relative à l'étude de la syphilis.

L'Académie décide que cette question, sans faire le sujet d'un article ferme, sera renvoyée à l'examen de la Faculté de médecine.

Les articles qui portaient les n[os] 19, 20, 21, 22 et 23 dans le projet primitif sont supprimés, n'ayant plus de raison d'être depuis le récent décret que nous avons publié et qui règle les conditions du concours pour les services de Saint-Lazare et du dispensaire.

M. *Fournier* lit le § IV : *Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine.*

Art. 16. — Instituer dans l'armée une série de *conférences* ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes et les dangers de la syphilis en particulier, sur les bénéfices à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les faits de la prostitution clandestine par les insoumises, les rôdeuses, les bonnes de cabaret, etc.

Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps.

Elles seraient annuelles et auraient lieu de préférence après l'enrôlement des recrues.

Une conférence semblable sera également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps.

Art. 17. — Provoquer de la part de tout soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté une maladie.

Art. 18. — Consigner les établissements déguisés sous le nom de débit de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées ; interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

Art. 19. — Ecarter toute *punition* du programme prophylactique de la syphilis dans l'armée.

Art. 20. — Supprimer les visites faites en commun et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

Art. 21. — Instituer un service de police spéciale autour des camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.

Art. 22. — Prendre toutes dispositions nécessaires pour assurer au soldat syphilitique dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la faculté de continuer à son corps, sous la direction des médecins de son régiment, le traitement ou la série de traitements ultérieurs indispensables à sa guérison.

Art. 23. — En ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

Art. 24. — Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, afin de prévenir la contamination que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

M. *Legouest* demande la suppression de l'art. 16. Il est, en général, opposé aux conférences scientifiques faites devant des ignorants ; ces expériences ne servent qu'à donner aux ignorants une fausse science, beaucoup plus dangereuse encore.

M. Legouest demande également la suppression de l'art. 17. Souvent les soldats ne savent pas avec qui ils ont contracté la syphilis. S'ils le savent, souvent ils ne le déclarent pas, par amour, ou bien ils déclarent, par vengeance, une femme qui n'est pas coupable. C'est là l'origine de démêlés continuels avec la police.

Quant à consigner les établissements qui ne sont en réalité que des maisons de prostitution non surveillées, cela existe, et, d'autre part, ces établissements ont cet avantage qu'ils montrent nettement où est le danger et qu'ainsi, par suite, il est plus facile de l'éviter ou d'y rémédier.

La commission demande que l'on supprime les visites faites en commun et qu'on les remplace par des examens individuels. Mais les soldats ne sont pas rangés tout nus dans la cour de la caserne ; ils sont réunis dans une salle et passent isolément devant le médecin, assisté d'un secrétaire et d'un officier pour la discipline.

Quant à instituer un service de police spéciale autour des camps, ce serait faire double emploi avec les mesures déjà prises par l'autorité militaire et celle-ci ne permettrait pas que l'on s'occupât ainsi de ses affaires.

A propos l'article 22, M. Legouest se demande de quelles dispositions il peut bien être question. En effet tout ce que l'on demande existe déjà.

M. Legouest demande donc la radiation de tous les articles de ce paragraphe qui concernent les armées de terre, car tous ces arti-

cles demandent des choses ou qui existent déjà ou qui sont inutiles. Depuis trente ans, le nombre des maladies vénériennes dans l'armée diminue d'une façon très notable : il serait donc préférable de laisser au ministre de la guerre le soin de veiller à ce qui concerne la prophylaxie de la syphilis dans l'armée.

M. L. Colin ne partage pas l'avis de M. Legouest. L'article 16 demande deux choses très importantes : il ne s'agit pas de donner aux soldats des notions dangereuses, mais de leur apprendre où est le danger. Cette manière de faire a donné déjà d'excellents résultats dans le gouvernement de Paris, où M. Colin est directeur du service de santé.

A propos de l'article 17, on a souvent des mécomptes, comme l'a montré M. Legouest ; mais cet article peut permettre de traquer complètement certaines syphilitiques et donner des indications aux moins utiles.

Il y a dans les règlements militaires des articles qui permettent de consigner certains établissements, mais la syphilis n'est pas suffisamment visée. Dans ces dernières années, les marchands de vin représentent, au point de vue de la syphilis, un danger dix fois plus considérable que les maisons de prostitution. Il est donc bon de signaler à l'autorité militaire cette nouvelle source de dangers.

Quant aux visites individuelles, elles sont plus utiles aujourd'hui que l'armée est principalement recrutée par groupes régionaux. Il peut en effet être très désagréable à un jeune soldat de laisser apprendre à un camarade qui est du même pays, du même village que lui, qu'il a eu une maladie vénérienne. C'est pourquoi la commission a demandé les visites tout à fait individuelles au lieu des visites en commun.

M. *Le Roy de Méricourt* croit comme M. Colin que les conférences que l'on propose seraient très utiles. Il ne s'agit pas de faire de nos soldats ou de nos marins des savants, mais simplement de leur donner de la façon la plus élémentaire quelques notions qui peuvent leur être très utiles. D'ailleurs ces conférences, faites depuis longtemps dans la marine, ont donné d'excellents résultats ; elles portent non pas seulement sur les maladies vénériennes, mais sur la fièvre jaune, le choléra, la diarrhée, les maladies que les marins sont le plus exposés à contracter.

Relativement aux visites individuelles, il n'est aucun besoin que le médecin soit assisté d'un secrétaire et d'un officier de service. Il suffirait très bien seul aux quelques écritures qu'il y a à faire et un sergent placé près de la porte suffirait largement à assurer l'ordre.

M. *Legouest.* M. Colin est en somme de mon avis. Il assure que les conférences n'ont pas donné de grands résultats et que l'on peut

avoir bien des mécomptes en demandant aux soldats les noms des femmes avec lesquelles ils ont contracté la syphilis.

M. Colin semble avoir voulu faire une concession à la commission, à laquelle il a déjà fait sans doute les objections que je viens de faire ici.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on a fait des conférences dans l'armée. On a fait jadis des conférences de botanique aux sous-officiers sur les plantes fourragères, mais les chevaux s'y connaissaient mieux qu'eux et refusaient simplement de manger les plantes qui pouvaient leur être nuisibles.

Quant aux visites, si les malades ne les passent plus en commun, ils se retrouveront à l'hôpital où les mêmes inconvénients se reproduiront.

M. *Rochard* ne croit pas que les conférences soient inutiles. La plupart du temps, le soldat ou le marin ne sait pas à qu'il a eu affaire, mais il indique l'endroit. Il peut arriver que plusieurs soldats donnent le même nom de baptême, ce qui est le seul renseignement qu'ils puissent fournir ; si l'on fait alors une visite sérieuse de la femme, on voit qu'elle est infectée; on peut avec une surveillance continuelle et des rapports continuels avec la police, ce qui n'est pas agréable, faire tomber le nombre des syphilitiques dans une proportion considérable.

Quant aux conférences, elles sont depuis longtemps pratiquées dans la marine, peut-être n'ont-elles pas grand avantage, mais au moins elles n'ont pas d'inconvénient.

M. *Larrey* croit qu'il suffirait que l'Académie, après les conclusions du rapport, priât le ministre de l'intérieur d'attirer l'attention du ministre de la guerre sur la nécessité de renforcer les mesures destinées à dimiminuer les cas de syphilis dans l'armée. Il ne faut pas demander trop, car certains colonels sont très autoritaires dans leur régiment, et nous pourrions ainsi ne rien obtenir.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Banquet offert au professeur Straus.

Le banquet offert au professeur Straus par ses élèves et amis a eu lieu samedi 24, au restaurant du Lyon d'Or.

Parmi les assistants, fort nombreux, nous citerons MM. les professeurs Brouardel, Gavarret, Fournier, Bouchard, Proust, Mathias Duval, Dieulafoy, Grancher, Charles Richet, Teissier (de Lyon), beaucoup d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, M. Treille, député, M. Valéry Radot, gendre de M. Pasteur.

Le *professeur Brouardel* a pris le premier la parole et a rappelé que M. Straus avait été présenté à l'unanimité par les professeurs et les agrégés. La foi qu'il a toujours eu pour la science, ses travaux assidus de laboratoire l'avaient désigné au choix de ses maîtres et de ses collègues. M. le doyen compte que le jeune maître formera des élèves suivant son caractère.

M. *Gavarret*, inspecteur général, a félicité ensuite M. Straus.

M. *Mathias Duval*, a rappelé en termes émus les liens d'amitié qui l'unissent depuis l'enfance à son nouveau collègue. A la suite des événements de 1870, ils sont tous deux venus à Paris où ils ont trouvé le meilleur accueil. Il termine en exprimant l'espoir de voir rentrer un jour la Faculté de Strasbourg dans la grande famille française.

M. *Déjerine*, prenant la parole comme agrégé, tient à dire à M. Straus combien sa nomination au professorat, si ardemment désirée, si impatiemment attendue, a rempli de joie le cœur de ses élèves et de ses amis. Il fait remarquer que le jeune maître vient dans la même année d'échanger la robe noire contre la robe rouge et qu'il acquiert cette haute situation à ce moment de la vie où le travailleur dans la plénitude de ses fonctions intellectuelles et physiques peut se livrer le plus fructueusement au culte de la science. En terminant l'orateur dit que la bonne volonté, l'enthousiasme n'ont pas fait défaut à la jeunesse française et que si un maître lui indique la route, elle ne demande qu'à la suivre.

M. *Roux*, au nom du laboratoire de M. Pasteur, a félicité le nouveau professeur.

M. *Teissier* (de Lyon) est heureux de rappeler les leçons et conseils qu'il a reçus de M. Straus lorsqu'il concourait à l'agrégation, en 1876, à Paris.

M. *Treille*, député, a parlé au nom des Alsaciens.

M. *Wurtz*, chef du laboratoire, remercie son maître au nom de ses internes et de ses élèves, il fait ressortir en quelques mots la bonté du maître, son inaltérable bonne humeur et sa large et bienveillante hospitalité.

M. *Straus*, dans son toast, remercie d'abord M. le doyen et, en sa personne, la Faculté de Paris de l'honneur qui lui est fait. Les paroles qui lui ont été adressées par M. le doyen sont pour lui une nouvelle marque de la haute bienveillance de ce savant, en qu l'école, maîtres et élèves, voit son chef éminent, aimé, acclamé.

Il remercie M. l'inspecteur général des encouragements qu'il a bien voulu lui donner.

Répondant à M. Mathias Duval, son ami d'enfance, son camarade d'études, il lui exprime combien il est touché des souvenirs qu'il a

évoqués. Il voit avec joie dans l'assistance plusieurs anciens élèves de l'école de Strasbourg, qui se sont donné rendez-vous à son intention.

MM. Laveran, Lereboullet, Blum, Larger, Feltz, Goguey, Neumann, Keller, Hirtz, auxquels s'est adjoint M. Treille, député.

M. Straus rend ensuite hommage à la grande mémoire de Vulpian; il dit combien une pareille succession est redoutable et qu'il tentera dans la mesure de ses forces de s'inspirer d'un pareil modèle.

Puis il rappelle qu'il peut se glorifier d'être un des élèves de M. Pasteur. C'est à l'école de ce grand homme qu'il s'est initié à l'étude de la bactériologie, objet principal de ses recherches et de son enseignement.

Enfin, M. Straus remercie M. le professeur Teissier (de Lyon) de l'avoir honoré de sa présence et de ses paroles affectueuses. Il exprime à M. Wurtz et à ses anciens internes et élèves le prix qu'il attache à leur concours si dévoué.

PHILBERT.

NÉCROLOGIE

Si les nécrologies se mesuraient à la valeur morale de ceux qui disparaissent, assurément notre confrère BROCHIN, père, occuperait une grande place dans la *France médicale*, car il fut le type du médecin honnête et modeste et de l'écrivain consciencieux. Il était le dernier d'une pléiade de médecins morts la plume à la main, et pendant cinquante ans, sans une minute de défaillance, il a occupé dans la presse médicale un rang des plus honorables. Il est difficile de tenir la plume pendant un demi-siècle sans blesser personne, soit qu'on juge, soit qu'on critique. Brochin a eu ce rare mérite. Il savait dire la vérité, sans aigreur et avec toute la sincérité d'un âme honnête.

Robert-Hippolyte BROCHIN est né le 13 octobre 1808 à Carcassonne et il commença ses études médicales à Montpellier en 1830. Il se fit recevoir interne des hôpitaux de Marseille et son dévouement pendant l'épidémie de choléra de 1835 lui vaut une médaille de la Ville, une du Roi et la dispense de ses frais d'examen. Il vint terminer ses études à Paris et se fit recevoir docteur en 1837. Brochin préféra la littérature médicale et le journalisme, qui n'enrichissent guère, à la pratique qui rapporte le plus souvent honneurs et profits. Son esprit philosophique qui était un reflet de l'Ecole de Montpellier et sa modestie ne le portaient guère vers la clientèle. Il avait collaboré à la *Gazette médicale*, à l'*Esculape*, à l'*Examinateur médical*, à la *Revue médicale* et enfin à la *Gazette des hôpitaux* dont il était rédacteur en chef. Depuis longtemps il allait passer la saison des Eaux au Mont-Dore comme médecin consultant et il y était justement apprécié.

Brochin est mort dans son domicile à Paris le 25 mars, dans les bras de son fils, le Dr A. Brochin, à qui nous envoyons l'expression de nos sentiments de condoléance. Il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur le 13 août 1865.

A. C.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.


FARINE LACTÉE NESTLÉ
Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaires, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.
CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Pharmacies.

TE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 39. SAMEDI 31 MARS 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...dresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
...s ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

impossibilités de désinfecter cette cavité profonde, tout concourt à faire de la cavité utérine un milieu de culture plus favorable que tout autre point de l'organisme.

Je ne veux pas insister ici sur tous les symptômes, sur toutes les complications qui peuvent résulter de l'existence d'une métrite, je ne veux pas insister sur les dernières variétés de métrites, me réduisant à mon rôle de thérapeute pratique, je veux montrer simplement quels sont les moyens à mettre en œuvre pour obtenir la guérison en employant ces moyens.

Je dois ici ajouter que cet article vient après une revue publiée le 9 février par M. Hallé, dans la *Gazette des hôpitaux*, après une série de cliniques encore inédites du professeur Trélat, et que j'ai puisé dans l'un et l'autre travail pour rédiger cet article.

Cette notion de la nature infectieuse de toute métrite nous amène à poursuivre deux buts, supprimer l'infection et guérir les lésions qu'elle a déterminées.

Supprimer l'infection. Deux régions distinctes sont à examiner, d'une part le vagin, d'autre part l'utérus.

L'ancienne terreur justifiée par les désastres qui survenaient à la suite de la moindre intervention sur le col utérin, terreur qui faisait rejeter comme dangereuse toute intervention active sur le col de l'utérus, s'explique par ce fait seul que l'on opérait dans un milieu infecté. De là le premier soin consiste à préparer la malade à subir une intervention. Ce n'est pas immédiatement, à première vue, que l'on doit agir sur l'utérus, il faut au préalable rendre le vagin aseptique. Je n'insiste pas sur les moyens à employer, j'y ai déjà longuement insisté et ici plus que dans toute autre intervention chirurgicale cette asepsie doit être une règle et une règle absolue. Ce n'est qu'après plusieurs jours de traitement que l'on devra s'adresser à l'utérus, ce n'est qu'après plusieurs jours que la cavité vaginale sera rendue aseptique.

L'asepsie utérine sera plus difficilement obtenue encore, c'est elle qui constitue le principal traitement dans les cas légers, le traitement suffisant de l'endométrite.

Voyons donc comment atteindre ce but.

La cavité utérine est fermée, ou à peu près, les orifices du col laissent mal pénétrer dans son intérieur, ils laissent mal, d'autre part, s'écouler les liquides qui y sont secrétés, ceux-ci de plus, de par leur consistance, sont adhérents, visqueux et n'ont que peu de tendance à s'écouler. Ils s'accumulent et, dans certains cas de métrites anciennes où le liquide devient du pus, il est permis de comparer la cavité utérine à un véritable abcès ouvert incomplètement par une fistule insuffisante.

35e Année. — Tome I. N° 39 Samedi 31 Mars 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'endométrite.

Par le Dr F. VERCHÈRE,
Ancien chef de clinique chirurgicale.

Ce n'est que depuis peu que le traitement des affections utérines peut et doit être étudié par un chirurgien. Autrefois toutes les métrites étaient laissées aux soins des médecins, et nombreux sont les cas où celui-ci devra agir chirurgicalement.

Autrefois, et malheureusement quelques auteurs le font encore, la métrite était considérée comme le résultat d'un état général, elle n'existait que comme une manifestation devant disparaître par le traitement infligé à la diathèse dont elle était une expression. Si l'on veut voir s'étaler dans toute sa splendeur cette erreur de nos pères, il suffit de lire un livre récent, d'un homme qui pourtant avait vu beaucoup d'utérus, mais qui, malheureusement, n'avait pas su en dégager un enseignement tel qu'il aurait dû être, je veux parler du livre de Martineau. Il n'y a pas de métrites, il n'y a que de l'arthritisme, de l'herpétisme, du lymphatisme etc., etc., à entendre les anciens auteurs ; aussi se contentaient-ils de traiter cet état général par les moyens médicaux. C'est qu'il leur manquait une notion qui actuellement jette un jour bien éclatant sur la pathologie moderne, c'est la notion de l'infection.

Toutes les métrites, quelles qu'elles soient, quelles que soient leurs causes sur lesquelles ici je n'ai pas à insister, sont infectieuses ; quelles soient simples ou fongueuses, qu'elles soient localisées au col ou étendues à tout le corps, qu'elles soient superficielles ou profondes, elles ont pour origine une infection.

La situation de la muqueuse, la difficulté d'écoulement des liquides intra-utérins ou cervicaux, les lésions fréquentes du col ouvrant une porte d'entrée, telles que l'accouchement, la blennorrhagie, etc., les

cation avant d'obtenir tout l'effet désiré. Néanmoins Vulliet est arrivé par sa méthode à étaler complètement l'utérus, à y introduire un spéculum, à le rendre totalement accessible à la vue et au toucher. Il suffit pour pratiquer la dilatation d'introduire après avoir cathétérisé l'utérus un, deux, trois petits tampons. Dans les premières séances ce nombre suffira ; puis tous les deux jours, on fera une nouvelle séance en augmentant progressivement et le nombre et le volume des tampons jusqu'à ce que l'on soit arrivé au degré de dilatation désiré.

La femme devra être maintenue au lit pendant le traitement et, si l'opération a été faite comme elle doit être faite, il ne devra se produire aucun trouble dans l'état général. Que si, au contraire, une *faute a été commise*, on pourra voir survenir le soir de l'application des tampons un léger état fétide. Il m'est inutile d'ajouter que le vagin devra toujours être maintenu aseptique par des gros tampons d'ouate iodoformée, qui rempliront toute sa cavité.

La dilatation par les tentes aseptiques sera plutôt indiquée dans les cas où l'orifice cervical rend accessible la cavité utérine. L'effet est plus rapide et on peut pousser plus loin l'élargissement de la cavité.

Différents corps ont été proposés, la gentiane, le tupelo, etc., mais les deux plus fréquemment employés et qui sont toujours faciles à se procurer en tous lieux sont la laminaire et l'éponge préparée. Celles-ci seront de dimensions variables; disons que la laminaire peut être obtenue en tiges plus fines que l'éponge et par suite sera préférable dans les cas où l'orifice utérin sera étroit au début de la dilatation, mais qu'elle présente cet inconvénient que n'a pas l'éponge préparée, qu'elle est mal retenue dans le col utérin et qu'il arrive souvent au second pansement de la retrouver libre dans le vagin.

La laminaire et l'éponge préparée doivent subir avant d'être employées *un séjour prolongé* dans l'éther iodoformé à saturation. Tout médecin qui veut soigner sans danger une endométrite doit posséder un flacon à large embouchure contenant de l'éther iodoformé dans lequel baignent à demeure ses tiges de laminaire de trois calibres et ses éponges préparées de diverses grosseurs. Les laminaires et les éponges n'en doivent sortir que pour entrer dans le col utérin.

Après avoir pratiqué le cathétérisme utérin, après avoir mesuré la longueur de l'organe, on procédera à l'introduction du corps dilatant. L'utérus sera fixé avec une longue pince à mors dentelés, amarrée solidement sur une des lèvres, une branche dans le col l'autre à l'extérieur; cette manœuvre sera surtout utile dans les premières

séances, l'utérus ayant toujours de la tendance à fuir devant la laminaire qui le repousse pendant qu'on cherche à la faire pénétrer dans le corps. La tente dilatatrice devra être introduite doucement, lentement, sans brusquerie ; parfois il sera nécessaire de lui donner une légère courbe à concavité antérieure afin de pouvoir pénétrer plus facilement en suivant la forme de l'utérus, enfin il faut, pour que la dilatation soit complète, que la tige de laminaire soit introduite dans toute l'étendue de la cavité utérine, elle ne devra être arrêtée que par le fond de l'utérus. Pour être sûr que l'on a atteint ce but, il suffira de tailler avant l'introduction la tige de laminaire d'après la longueur de la matrice donnée par le cathétèr utérin.

Les séances comme dans le mode précédent seront répétées tous les deux jours. A chaque séance on retire la tente introduite dans la séance précédente et on peut voir alors que son volume a triplé ou quadruplé. Un fil attaché à l'extrémité de cette fente permet de l'enlever très facilement.

Dans bien des cas, même de métrites chroniques, cette dilatation suffit à faire cesser les accidents, et le pansement interne antiseptique de la muqueuse la modifie suffisamment pour que la dilatation terminée, la guérison soit assurée.

Mais, dans bien des cas, cela ne suffit pas et il peut être nécessaire de modifier énergiquement la muqueuse altérée dans sa situation.

III

Modifier la muqueuse utérine. — Cette dernière partie du traitement de la métrite peut être obtenue suivant les cas par des agents caustiques ou par des agents mécaniques. Les premiers seront surtout employés dans les cas légers, lorsque les fongosités sont peu abondantes, lorsque la muqueuse ne sera pas hypertrophiée, alors que la métrite est récente.

Ces agents ont varié suivant les auteurs et disons de suite que ce sont ceux qu'employaient les anciens, mais sans leur faire dépasser les limites du col utérin.

M. Trélat préconisait autrefois le nitrate d'argent introduit et laissé dans l'intérieur même du col.

Peut-être aujourd'hui obtiendrait-on un bon résultat en promenant ce même nitrate d'argent sur toute la muqueuse de l'utérus dilaté.

C'est en effet après la dilatation seulement que l'on peut agir sur la muqueuse. M. Pozzi préconise actuellement le perchlorure de fer, M. Emmet, la teinture d'iode, M. Doléris, la glycérine créosotée, peu importe, tous ces agents modificateurs peuvent rendre service, à condition qu'ils soient appliqués suivant les cas appropriés, et sur toute la surface malade.

L'agent mécanique modificateur par excellence est la *curette*. Dans les cas où il existe des fongosités, que celles-ci sont molles, saignantes, remplissent toute la cavité utérine, nul autre moyen n'est aussi héroïque. Récamier, dès 1846, l'appliquait et malheureusement sa méthode fut abandonnée parce qu'elle n'était pas complétée par l'antisepsie. Elle produisit à son apparition de véritables désastres; actuellement elle rend les plus grands services.

Pour faire le curage utérin après avoir pratiqué la dilatation, on endort la malade dans la plupart des cas, quoique l'opération ne soit pas douloureuse et que certains chirurgiens la pratiquent sans anesthésie. Puis on fait soigneusement un lavage intra-utérin, lavage abondant avec une solution de sublimé. Lorsque l'on est sûr de l'asepsie utérine, on saisit l'utérus avec des pinces comme pour la dilatation et on l'abaisse légèrement. La cuvette est alors introduite dans la cavité utérine et gratte soigneusement *toute* la surface interne de l'utérus. « Elle sait reconnaître le tissu sain du tissu malade et le respecte ». La curette à employer varie suivant les chirurgiens, les uns préférant la curette de Volkmann, les autres adoptant les curettes qu'a fait construire le professeur Trélat pour cet usage spécial. Enfin, on a fait faire des curettes dont la tige creusée laisse couler un courant de liquide antiseptique pendant toute la durée de l'opération. Lorsque la curette ne ramène plus de fongosités, qu'on sent le tissu sain crier sous son tranchant, on s'arrête, on fait un lavage intra-utérin au sublimé qui arrête rapidement tout écoulement sanguin, le vagin est alors bourré de tampons iodoformés et la malade est reportée sur son lit.

Dans certains cas, après le grattage, certains auteurs ont conseillé de toucher la surface intra-utérine avec une solution de chlorure de zinc.

Enfin, citons l'opération qu'a défendue M. Doléris et qu'il appelle l'écouvillonnage; nous ne croyons pas cette opération aussi sûre et aussi complète que le curage, aussi n'en dirons-nous pas plus.

IV

Je dois ajouter que ces diverses manœuvres pour amener la guérison de la métrite ne doivent être entreprises que si elle est exempte de toute complication du côté du petit vagin, des annexes de l'utérus, et qu'il n'existe que de la métrite.

J'ajoute que souvent les métrites sont entretenues par des déformations telles que l'ectropion de la muqueuse utérine, la déchirure de la commissure cervicale, le prolapsus utérin, etc., etc. Il est certain que dans ces cas il faudra savoir reconnaître ces causes mor-

bides et que c'est à une intervention dirigée contre elles qu'il faudra avoir recours.

En résumé, le traitement de toute métrite repose sur trois actes essentiels : l'asepsie, la dilatation, la modification, qu'il faut savoir obtenir par des moyens simples et rendus innocents par les précautions minutieuses qu'on doit employer sous peine de voir survenir les accidents les plus graves.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 28 *mars* 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

ARTHRECTOMIE ET RÉSECTION. — M. *Championnière* combat les onclusions du rapport de M. Chauvel ; il croit que la résection du genou donne de meilleurs résultats que l'arthrectomie, qui est au moins aussi grave. Néanmoins, les résultats obtenus par M. Delorme ne sont pas mauvais.

M. *Kirmisson* a dit que, dans quatre cas de résection, il n'avait pas trouvé 50 tubercules dans les os ; or, sur 25 résections que j'ai faites, 20 fois le tissu osseux était malade.

De plus, la synoviale ne peut en général s'enlever tout entière ; c'est ce qui résulte aussi des communications de M. Ollier.

Après l'arthrectomie, le genou est aussi raide qu'après la résection, et la guérison est au moins aussi longue.

Quant au raccourcissement de la jambe, après la résection, il n'a pas d'inconvénient avec une jambe raide.

M. *Segond* a fait deux fois l'arthrectomie qui ne lui a donné aucun résultat ; il a dû amputer la cuisse.

SARCOME DU TESTICULE. GUÉRISON. PAS DE RÉCIDIVE, par M. *Jalaguier*. RAPPORT. — M. *Monod*. Il s'agit d'un homme opéré d'un sarcome du testicule depuis trois ans et qui n'a pas de récidive.

M. Monod se demande néanmoins si la guérison est définitive, on a cité (et M. Castex a publié des observations à la Société anatomique) des récidives après plus de trois ans.

Il faut au point de vue de la récidive tenir compte non pas seulement de la structure histologique de la tumeur, mais de la limitation de la tumeur, de l'état général et de l'âge du sujet.

M. *Heydenreich* (de Nancy) lit un travail sur deux observations de nerfs enchâssés dans des cals exubérants ; il a fait des résections du cal et ces deux malades ont guéri.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE POUR REMÉDIER A LA RÉTRACTION CONSÉCUTIVE A LA CONTRACTION SPASMODIQUE D'ORIGINE NERVEUSE.

— M. *Terrillon*. Après avoir passé en revue les différentes attitudes et déformations dues aux principaux muscles, et avoir montré que la contraction spasmodique peut disparaître, surtout quand elle est hystérique.

M. Terrillon ajoute que, quand la contracture est remplacée, par la rétraction on peut, si les muscles sont minces et la rétraction récente, les allonger au moyen d'appareils; mais quand la rétraction porte sur des muscles puissants, il faut faire la ténotomie, car le muscle est trop raccourci.

Après avoir passé en revue les théories émises sur les ablations des muscles rétractés, il insiste sur les rétractions du tissu conjonctif périarticulaire sur lequel on n'avait pas insisté.

1° En résumé il faut allonger le muscle rétracté, et 2° il faut assouplir les tissus périarticulaires pour permettre les mouvements.

Avant d'intervenir, il faut attendre que le phénomène actif, la contracture, ait disparu, d'autant que les muscles antagonistes sont contracturés et entraîneraient après la ténotomie des déviations en sens inverse. C'est là du reste l'opinion de M. Charcot.

On distingue la contracture de la rétraction à ce que la douleur persiste quand on imprime des mouvements à l'articulation. Quelquefois même ces mouvements sont impossibles.

La douleur n'existe plus et il existe quelques mouvements dans les cas de rétraction.

Les reflexes sont normaux à la période de rétraction ; ils sont exaltés ou abolis à la période de contraction.

Après la section du tendon, il est nécessaire de ne pas trop écarter les deux bouts. Il ne faut pas à ce point de vue s'en rapporter à l'aspect du membre après la résection, car il se produit un allongement secondaire qui rend au membre son attitude normale ; vouloir aller trop loin d'emblée serait dépasser le but et être plus nuisible qu'utile.

Je n'applique l'appareil plâtré qu'au bout de huit jours. Au bout d'un mois environ, on peut mobiliser ; et on doit employer l'électricité et ses manœuvres méthodiques autour de l'articulation.

Pour la rétraction des doigts et des orteils, il est nécessaire de faire des sections secondaires sur les tendons des doigts et des orteils. Il faut rarement des sections successives qui valent mieux que les sections simultanées qui pourraient dépasser le but.

Les muscles reprennent très bien leurs fonctions après la ténotomie. Un point important sur lequel j'insiste à nouveau, c'est l'épaississement des tissus périphériques à l'articulation qui fait croire que les malades ne peuvent plus marcher : il n'en est rien grâce au massage et à l'électricité.

M. *Routier* lit une note sur un cas de fistule et de kyste de la région sacro-coccygienne. Extirpation. Guérison.

M. *Terrillon* présente un malade qu'il a opéré d'une rétraction de l'aponévrose palmaire des deux côtés : à droite en enlevant le tissu fibreux, à gauche en divisant simplement ce tissu fibreux. Le résultat est meilleur à droite.

P. Bazy.

VARIÉTÉS

De l'utilisation agricole des eaux d'égout.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, dans sa séance du 16 mars, a terminé la discussion du questionnaire qui lui avait été adressé par le Sénat et dont nous avons déjà parlé (1).

L'article 2 du questionnaire était ainsi conçu : « Existe-t-il, relativement à la préservation des eaux de la Seine, un système connu meilleur au point de vue de la salubrité publique? »

M. Bourgoin a vivement critiqué la prétention que l'on a aujourd'hui d'exprimer le degré d'altération des eaux par le nombre des microbes qu'elles renferment. Or, d'après M. Miquel, l'eau de la Vanne, au bassin de Montrouge, renferme en chiffres ronds 250,000 microbes par litre. Or, a-t-on jamais vu des accidents survenir chez un homme sain lorsqu'il absorbe un litre de cette eau, y compris les 250,000 microbes par dessus le marché ?

On ne connaît pas actuellement d'agent plus efficace que le sol pour purifier les eaux d'égout. L'épuration mécanique ne détruit pas les matières organiques, et quant aux procédés chimiques, aucun d'entre eux n'a donné de résultats satisfaisants.

Par 29 voix sur 31 votants et un bulletin blanc, le Conseil décide donc qu'il n'existe pas, relativement à la préservation des eaux de la Seine, un meilleur système que l'épandage des eaux d'égout.

L'article 3 du questionnaire est ainsi conçu : « Le système du tout à l'égout, pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal, le 28 février 1887, présente-t-il des inconvénients pour la santé publique ? »

M. Alphand et après lui M. Rochard ont donné d'intéressants détails montrant que le tout à l'égout ne pourra être appliqué complètement dans Paris avant dix ou quinze ans ; d'ici ce temps-là,

---

(1) Voir *France médicale* n. 31, 13 mars, p. 369.

l'installation sera devenue beaucoup plus parfaite, la quantité d'eau distribuée sera beaucoup plus grande, on aura achevé les 174 kilomètres d'égout qui manquent encore pour compléter le réseau de 1.040 kilomètres prévu par les plans de l'ingénieur Belgrand. Alors la quantité d'eau augmentant avec la quantité de matière fécale versée, la surface des terrains d'épandage s'accroissant en même temps, on ne s'apercevra même pas du tout à l'égout. D'ailleurs presque toutes les grandes villes d'Europe pratiquent le tout à l'égout et partout la mortalité a diminué.

Les égouts de Paris reçoivent déjà une forte proportion de matières de vidanges et aucun inconvénient n'en est résulté. Il n'y a donc aucun danger pour la santé publique à pratiquer le tout à l'égout conformément au règlement voté par le Conseil municipal.

En effet par 23 voix contre 11 le Conseil d'hygiène décide que le système du « tout à l'égout » pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal, le 28 février 1887, ne présente pas d'inconvénients pour la santé publique.

Restait la quatrième question : « Y a-t-il un système de vidange connu qui offre moins d'inconvénients pour la salubrité publique ? »

Après une courte discussion dans laquelle M. Schlœsing seul a défendu le système qui consisterait à conduire à la mer, par des tuyaux de vidange absolument clos les matières une fois traitées, le Conseil a répondu par 17 voix contre 15, sur 32 votants, qu'il n'y avait pas de système connu offrant moins d'inconvénients pour la salubrité publique que le tout à l'égout.

Le Conseil a ensuite adopté, à la majorité de 15 voix contre 10, un amendement de M. Riche ainsi conçu : « La Ville de Paris devra poursuivre l'étude de l'établissement de canalisations fermées pour l'évacuation des vidanges ».

Puis, à l'unanimité, cet amendement proposé par M. Trélat.

« Pour donner au nouveau système d'assainissement toute sa valeur, il est indispensable :

« 1° D'en hâter l'application intégrale;

« 2° D'augmenter dans le plus bref délai possible les surfaces d'épandage qui sont actuellement restreintes, même après l'adjonction des terrains d'Achères;

3° D'amener d'urgence dans Paris les eaux potables des sources nouvellement acquises par la Ville.

A. CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée est composé comme suit : M. Wurtz, chef de laboratoire; MM. Sanchez-Toledo, Foureur et Veillon, moniteurs.

Commission d'hygiène. — Par arrêté de M. le Préfet de police en date du 21 mai courant : M. le Dr Mary Durand, rédacteur en chef du *Courrier médical*, est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du 1er arrondissement de Paris.

Hopitaux de Paris. — Par arrêté du 5 mars 1888 :

M. le Dr Chauffard,, médecin du Bureau central, est médecin titulaire de l'institution de Sainte-Périne.

M. le Dr Oulmont, médecin du Bureau central, est nommé médecin titulaire de la maison de retraite de La Rochefoucauld.

M. le Dr Richelot, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice de Bicêtre.

Par arrêté en date du même jour :

M. le Dr Lailler, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis, est nommé médecin honoraire des hospices et hôpitaux de Paris.

M. le Dr Cruveilhier, ancien chirurgien de l'hôpital Beaujon, est nommé chirurgien honoraire des hospices et hôpitaux de Paris.

Bureaux de bienfaisance. — Dans sa séance du lundi 12 mars, le Conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. Cattiaux, a voté le projet de délibération suivant :

« Les médecins des bureaux de bienfaisance sont tenus de visiter le jour même les malades pour lesquels ils sont requis, si la demande a été remise à leur domicile avant cinq heures; après cinq heures, s'ils ne peuvent visiter les malades dans la soirée, ils devront le faire dans la matinée du jour suivant.

« Dans le cas où le médecin ne ferait pas sa visite dans les délais indiqués, les malades auront le droit de recourir à un médecin ordinaire, à qui une somme de trois francs sera payée par l'administration du bureau de bienfaisance et retenue au médecin qui aura manqué à son devoir sur la subvention qui lui est accordée. »

Il serait facile de montrer à quelles absurdités cette simple mesure peut conduire, mais tous nos confrères savent de reste qu'on ne peut, en ce qui concerne les bureaux de bienfaisance, demander beaucoup de mesure et de bon sens à M. Cattiaux.

Dans sa séance du mercredi 13 mars, le Conseil a adopté une proposition de M. Patenne ainsi conçue :

« A partir du 1er janvier prochain, toutes les sages-femmes offrant les garanties de capacité professionnelle et acceptant le prix de 15 francs par accouchement accordé par l'Assistance publique, seront admises à donner leurs soins aux indigentes ou nécessiteuses qui en feront la demande. » A. Ch.

Témoignage de satisfaction. — M. le ministre de la guerre vient d'accorder un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait

preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les Drs : Barbin (de Montoir), Bardo (de Chérages), Beaujard (de Vierzon), Bertaut (de Pouancé), Beurnier (de Montbéliard), Bénoit de Dieulefit), Binet (de Villers-Bocage), Binet (de Vence), Blanc (d'Orlhaguet), Bona (d'Evaux), Bouret (de Rebecourt), Bourguet (de Graissessac), Chabenat (de La Châtre), Chertier (de Nogent-sur-Seine), Claverie (de Villandraut), Dambier (de Vélines), Dehenne (de Bergues), Depautaine (de Gondrecourt), Despaignet (de Mont-de-Marsan), Doumic (d'Imphy), Durand (d'Arcueil), de Ferry de la Bellonne (d'Apt), Gaucher (d'Aïn-Temouchent), Gorski (de Lagore), Guizot (de Rignac), Guyot (de Solesmes), Homo (de Château-Gontier), Joyeux (de Mirecourt), Lannes (de Nailloux), Lefèvre (de Bonnières), Lepage (de Fauville), Le Rey des Barres (de Saint-Denis), Masson (de Raon-l'Etape), Mestivier (de Saint-Gaultier), Moulin (d'Argentat), Noël (de Saint-Denis-du-Sig), Petit (de Longeau), Piales d'Axtrez (de Sousceyrac), Poussié (de Marvejols), Réfrégé (de Lodève), Robillier (de Clerval), Thouvenin (de Vezelise), Thomas (de Saint-Amand-en-Puisaye), Toutant (de Marans), Trogneux (de Fontaine-le-Dun), Vidal (de Saint-Gervais).

VACANCES. — A cause des vacances de Pâques, la Faculté est fermée du 26 mars au 8 avril.

Le secrétariat sera ouvert tous les jours, aux heures ordinaires, du 26 au 29 mars inclus et du 4 au 7 avril inclus également. Les consignations ne seront pas reçues. M. le secrétaire recevra le 29 mars, le 5 et le 7 avril, de 2 à 3 heures.

— **Les ateliers de l'imprimerie Davy étant fermés le lundi de Pâques, le prochain numéro ne paraîtra que jeudi prochain.**

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 18 *au* 24 *mars* 1888. — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 6. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 13. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, Croup, 40. — Phthisie pulmonaire, 200. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 51.

Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 52. — Paralysie, — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 61.

Bronchite aiguë et chronique, 92. — Broncho-pneumonie et pneumonie, Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 54.

Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 5.

Débilité congénitale, 39. — Sénilité, 34. — Suicides et autres morts violentes, 17. — Autres causes de mort, 197. — Causes inconnues, 4.

Nombre absolu de la semaine : 1120. — Résultat de la semaine précédente : 1155.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.


CONSTIPATION
HABITUELLE
le meilleur
curatif
est le
SCARA MIDY
gourousement dosées à l'Ext. Hyd.
de Cascara Sagrada ; accélère
digestif dans ses diverses
, ne donne ni nau-
ni coliques,
rhée.
113
Faubourg St Honoré
PARIS
Env. Franco
Echantillons
et toutes
Pharmacies
GORGE, LARYNX, BOUCHE
contre ces Affections
employez
LA
COCAINE MIDY
(CHLOROBORATÉE)
Tablettes exact. dosées à 2 millig. Chlorhyd.
de Cocaïne, 0,05 Borate de Soude, 0,05
Chlorat. id. elles constituent un
véritable gargarisme sec
des plus énergiq.
3 f.



7770.6

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 40. JEUDI 4 AVRIL 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE ... 15 fr.
UNION POSTALE ... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 40 Jeudi 4 Avril 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 4 avril 1888.

L'Académie de médecine a terminé hier la discussion du projet relatif à la prophylaxie publique de la syphilis et le président a pu justement la féliciter d'avoir rapidement mené à bien un projet de cette importance. Les vœux formulés par l'Académie ont déjà exercé une heureuse influence sur les décisions récemment prises par l'administration et il n'est pas douteux que cette influence ne se fasse encore bientôt sentir.

Le vote a été un peu retardé par la discussion des articles relatifs à la prophylaxie de la syphilis dans l'armée. Tout en tenant compte à la commission des efforts tentés pour concilier des opinions divergentes, M. Legouest a maintenu jusqu'au bout son opposition, considérant comme inutiles ou comme nuisibles les articles proposés et les combattant avec une persistante énergie. Au contraire, les articles relatifs à la prophylaxie de la syphilis dans la marine n'ont été que légèrement amendés par MM. Rochard et Le Roy de Méricourt et ont passé presque sans discussion.

L'Académie a entendu dans cette séance plusieurs lectures, l'une de M. le professeur Layet, directeur du service municipal de la vaccine à Bordeaux, sur la valeur de la vaccination animale, sur les meilleurs moyens de l'utiliser et sur les caractères de l'éruption du cow-pox spontanée, l'autre de M. Apostoli, sur la galvanisation en gynécologie, enfin une autre de M. Frémont, sur les micro-organismes contenus dans les eaux de Vichy.

Dans cette même séance, l'Académie a procédé à l'élection de deux associés nationaux, M. le professeur Coze, de Nancy, et M. le Dr Dardel, de Vierzon.

A. Ch.

Deux cas d'ostéo-périostites consécutives à la fièvre typhoïde (1),

Par M. MARTHA,
Interne des hôpitaux.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Damaschino, à l'hôpital Laennec, deux malades qui, à la suite de la fièvre typhoïde, présentèrent des lésions inflammatoires du côté du périoste et des os, nous croyons devoir en faire part à la Société.

Observation I.—Le nommé Guillaume B..., âgé de 19 ans, garçon laitier, entre dans le service le 31 décembre 1887. Il a toujours eu une bonne santé jusqu'à il y a dix mois, époque à laquelle il fut soigné dans le service de M. Dieulafoy pour une pleurésie gauche qu'il fut nécessaire de ponctionner.

Vers le 20 décembre le malade se plaignit de maux de tête, de lassitude générale, de perte de sommeil, etc. A son entrée à l'hôpital il présentait tous les signes d'une fièvre typhoïde qui évolua normalement. Vers le 13 janvier apparut une eschare au niveau du grand trochanter, le 23 janvier un panaris à l'index, et le 25 janvier un écoulement purulent par l'oreille. Puis la fièvre cessa, le malade entra en convalescence.

Le 6 février. Il se plaignit de souffrir dans la jambe gauche. Il avait de la fièvre ; température 39°. L'appétit était perdu. Le malade est pâle et dort mal la nuit.

Le 7. La douleur a persisté, il ressent, un peu au-dessous du genou gauche, des élancements très douloureux, surtout lorsque la jambe exécute un mouvement ou qu'une pression, même légère est exercée au niveau de la partie supéro-externe du tibia ; on sent à ce niveau avec la main une légère élévation de la température locale : il n'y a pas de rougeur, mais cette partie est très sensible. Température du matin 36,9 ; du soir 38,4.

Le 8. La région est tuméfiée ; la douleur est toujours aussi vive et les symptômes généraux aussi marqués. Température du matin 37°, du soir 39,4.

Le 9. Même symptômes généraux. La tuméfaction a augmenté. La mensuration des membres inférieurs donne les résultats suivants :

Jambe malade : *circonférence* 0,30 centim. ; *température locale* 37°4 ; *jambe saine* 0,26 centim. ; 32°.

A la partie externe de la tuméfaction on perçoit de la fluctuation, et il existe de l'œdème très visible à la pression du doigt. Les douleurs sont toujours aussi vives. Température du matin 37,4 ; soir 39,2.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Le 10. Aucun changement : 37,6 le matin, 39,2 le soir.

Le 11. 37,4 le matin, 39 le soir.

Le 12. On pratique une incision allant jusqu'au périoste, au niveau du point le plus douloureux ; il sort un pus très épais, strié de sang. — Pansement à l'iodoforme.—L'incision fait disparaître les douleurs. Température du matin, 37, du soir 37°,4. — A partir de ce jour les douleurs ont complètement disparu, la fièvre est tombée, et l'état général est redevenu bon.

L'examen des lamelles n'a donné que des résultats négatifs au point de vue des bacilles de la fièvre typhoïde. Nous y avons trouvé quelques microcoques et quelques bacilles qui nous ont paru plus volumineux que ceux de la fièvre typhoïde. N'ayant pu faire des cultures sur gélatine et sur les pommes de terre, nous ne pouvons pas affirmer l'absence de ces bacilles.

Observation II. — Le nommé Pierre S... 31 ans, journalier, entre dans le service de M. Damaschino le 14 février 1888.

Toujours bonne santé. Pas de syphilis.

En juillet 1887, fièvre typhoïde soignée à Saint-Antoine dans le service de M. Barth. Le malade resta deux mois à l'hôpital. La maladie présenta une évolution normale, et il n'y eut aucune complication, au dire du malade.

Vers la fin du mois de septembre il put reprendre son travail. A cette époque, c'est-à-dire deux mois et demi après le début de sa fièvre typhoïde, il ressentit une douleur très vive un peu au-dessous du genou gauche, qui persista pendant 20 jours. Il n'avait pas reçu de coups et n'avait pas fait de chute. En même temps les symptômes généraux furent assez marqués : il eut de la fièvre, des frissons, une soif vive.

Il dut garder le lit pendant cinq jours, à cause de l'intensité de la douleur, toujours localisée au-dessous du genou.

Les jours suivants il put marcher, mais avec difficulté. La douleur avait à peu près disparu au niveau du tibia, mais elle s'était montrée assez vive au-dessus du genou, vers le condyle interne et au-dessus de la rotule. Le malade s'aperçut que depuis cette époque son membre inférieur gauche avait maigri.

Etat actuel. Quand on fait marcher le malade, on s'aperçoit que la jambe gauche reste toujours légèrement fléchie. Tout le membre inférieur est déformé ; le condyle interne forme une saillie due non pas à ce qu'il est hypertrophié, mais à ce que les masses musculaires sont atrophiées. L'atrophie porte principalement sur le tiers inférieur du triceps crural. Les muscles de la jambe ont également un volume moindre que ceux du côté sain.

La partie interne du plateau du tibia est augmentée de volume, et forme une saillie très appréciable sous la peau. On s'en aperçoit surtout lorsqu'on place le membre dans la demi-flexion.

La mensuration, faite à 0,12 centimètres au-dessous de la rotule, donne les résultats suivants :

Côté sain..........................	36	centimètres.
Côté malade.......................	31	—

A 6 centimètres au-dessus de la rotule :

Côté sain..........................	37	—
Côté malade.......................	32	—

La différence de volume est donc d'environ 5 centimètres.



La contractilité électrique des muscles des régions antéro-externe et postérieure de la jambe est affaiblie. Il faut employer un courant beaucoup plus fort que du côté sain pour amener des contractions.

Le triceps crural atrophié se contracte assez bien. La sensibilité au toucher, à la douleur, au froid, à la chaleur, est normale des deux côtés. Pas de troubles cutanés.

Signalons l'existence de craquements dans l'articulation du genou malade.

De plus, l'hypertrophie de la partie interne du plateau du tibia restreint les mouvements de l'articulation et ne permet pas à la jambe de se placer dans l'extension complète ; aussi le malade ne peut-il marcher qu'en boitant.

Les ostéo-périostites dans la convalescence de la fièvre typhoïde n'ont été étudiées que depuis un certain nombre d'années, d'abord par Chassaignac en 1834 et par M. Maisonneuve en 1835; elles furent l'objet d'un travail du Dr Droin, en 1868. M. Mercier, en 1879, publia dans la *Revue de médecine et de chirurgie* un article intéressant sur le même sujet.

En 1878, le Dr Keen (de Philadelphie) fit un mémoire sur les complications chirurgicales des fièvres continues et en particulier de la fièvre typhoïde. Cet auteur a réuni 37 observations.

La thèse de M. Levesque sur « la périostite dans la convalescence de la fièvre typhoïde » en 1879, et celle de M. Hulin en 1885 sur « les complications osseuses de la fièvre typhoïde », sont les derniers travaux importants parus sur le même sujet.

Nous n'insistons pas sur les détails bibliographiques qu'on trouvera réunis dans les deux thèses que nous avons citées.

Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont remarqué que c'étaient les membres inférieurs qui étaient le plus souvent atteints. Sur 81 cas (thèse de Hulin), 45 fois l'ostéo-périostite siégeait aux membres inférieurs, habituellement sur la crête du tibia et sur sa face interne. Le Dr Keen a constaté la même fréquence au niveau des membres inférieurs.

Le plus souvent la maladie frappe les enfants ou les adolescents, du 20e au 40e ou 50e jour de la maladie; rarement elle est plus tardive. Cependant, dans les observations du Dr Keen, les symptômes se sont montrés à une date très éloignée de la fièvre typhoïde; deux mois, quatre mois, un an même après la fièvre typhoïde. Dans dix observations la périostite n'est survenue que plusieurs mois après la convalescence.

Bien que la fièvre, d'après les auteurs, fasse souvent défaut, nous voyons que, chez notre malade n° 1, il n'en a pas été de même; la fièvre a été vive et a persisté jusqu'au jour de l'évacuation du pus. Cette fièvre était vespérale, le matin la température retombait à 37°.

Notre malade n° 2 prétend avoir eu des frissons, une soif vive, une lassitude générale avec perte d'appétit, etc., au début de ses douleurs.

Il est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est la faiblesse dans laquelle tombent ces malades au début des accidents. Nos deux malades ont présenté ces particularités.

La suppuration n'arrive pas dans tous les cas; très souvent la résorption a lieu, ou bien la périostite ne donne pas lieu à du pus.

Il est un point sur lequel nous croyons devoir insister, c'est l'atrophie musculaire consécutive. Dans la thèse de Hulin (obs. n° 2) il y eut une atrophie légère du bras qui ne persista point.

M. Mercier (*Revue de Médecine* 1879) a prétendu que l'atrophie ne se montrait jamais. « Le membre ne conserve pas de faiblesse, dit-il, et reprend son état normal ; on n'observe pas d'atrophies musculaires, pas de troubles de la nutrition de la peau ou des poils, comme l'observation en a été faite pour certaines ostéo-périostites. Les mouvements reprennent leur amplitude... A peine peut-on constater un peu de gonflement au point malade à la suite d'un exercice un peu prolongé. »

Chez notre malade n° 2 il n'en a pas été ainsi ; la périostite a laissé des traces au niveau du squelette, et l'atrophie musculaire est considérable ; elle gêne le malade dans la marche et le rend infirme.

L'étiologie de ces périostites a été très discutée par les auteurs : les traumatismes, l'altération du sang, les troubles de nutrition ont été tour à tour invoqués. Il nous semble préférable d'admettre la théorie du professeur Bouchard, pour qui ces ostéo-périostites seraient un degré plus avancé de cette ostéite de croissance qui a de si grands rapports avec la fièvre typhoïde.

A propos du traitement de ces périostites, le Dr Mercier préfère ne pas pratiquer d'incision. « Quand le pus est formé, dit-il, il faut se garder de lui donner issue avec le bistouri, mais attendre sa résorption ou sa sortie spontanée. » Nous croyons qu'une incision pratiquée antiseptiquement et suivie d'un pansement antiseptique ne peut que donner de bons résultats. C'est ce que nous avons vu chez notre premier malade : le pus une fois évacué, le malade a cessé de présenter de la fièvre, et son état général est devenu de nouveau très bon. Il nous semble préférable de soustraire le plus rapidement possible à de nouvelles poussées fébriles un malade qui est déjà affaibli par une maladie longue et grave comme la fièvre typhoïde.

Les accidents de septicémie aiguë signalés dans une observation (n° VI) du Dr Mercier semblent avoir été amenés par le mode de pansement et non par l'action du bistouri : la plaie en effet chez ce malade avait été pansée à l'aide d'un cataplasme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° des lettres de MM. Damaschino et Cadet de Gassicourt qui se portent candidats dans la section de pathologie médicale ; 2° des lettres de MM. Villejean, Masson et Petit, candidats dans la section de pharmacie ; 3° une lettre de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, accompagnant

l'envoi d'un pli cacheté; 4° une lettre de M. A. Marvaud, médecin principal de 2e classe à Tours, accompagnant l'envoi de deux travaux sur des épidémies de rougeole et de fièvre typhoïde observées à Tours et une étude statistique de la morbidité et de la mortalité dans la garnison de Tours pendant la période décennale 1877-1887; 5° une lettre de M. le Dr Longy, président de la Société des médecins de la Corrèze, annonçant l'ouverture d'une souscription pour élever à Alexis-Boyer un monument à Uzerche (Corrèze), sa ville natale.

De l'importance de la vaccination animale comme moyen de préservation de la variole et des caractères véritables de l'éruption bovine qui constitue le cow-pox spontané. — M. le professeur *Layet* (de Bordeaux) donne le résultat des vaccinations pratiquées dans le service municipal de la vaccine à Bordeaux, fondé en 1881, le premier de ce genre qui ait été créé en France. Le chiffre des vaccinations pratiquées chez les enfants, les écoliers, les adultes, les soldats et les marins se monte à plus de 60.000. Aussi la variole est-elle de plus en plus rare à Bordeaux.

Le vaccin de génisse est à son summum de virulence active le cinquième jour plein de son évolution. Il ne conserve son activité parfaite qu'à la condition d'être transmis de génisse à génisse tous les cinquièmes jours de son évolution. Il peut diminuer en activité suivant 1° la saison (été); 2° le terrain de culture; 3° le degré d'évolution.

Tout vaccin affaibli est susceptible d'être régénéré et de recouvrer toute son activité première par son passage sur des génisses de choix offrant un bon terrain de culture. L'inoculation par piqûre est préférable à l'inoculation par scarification. Le mode de procéder le plus rationnel et le plus sûr consiste dans la vaccination directe de génisse à bras; la revaccination surtout ne saurait être pratiquée d'une autre façon. Le vaccin animal conservé n'offre aucune garantie absolue de succès.

Le cow-pox spontané se manifeste toujours sous la forme de bulles et d'ulcérations sans aucune ombilication; le cow-pox transmis par inoculation se manifeste sous la forme de bulles ombiliquées (Comm. MM. Proust, Hervieux et Nocard).

De la galvanisation en gynécologie. De l'utilité et de l'innocuité des hautes intensités. — M. le Dr *Apostoli* lit une note en réponse à la note qui avait été lue au mois de janvier dernier par M. le Dr Danion et dans laquelle il s'attache à réfuter les objections de ce confrère.

Des micro-organismes contenus dans les eaux de Vichy. — M. *Frémont* lit sur ce sujet un travail qui est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. C. Paul et Cornil.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux.

Pour la première place, sur 38 votants, majorité 20, M. Coze (de Nancy) est élu par 20 voix contre 7 données à M. Willemin, 3 à M. Bénard et 2 à M. Burdel.

Pour la seconde place, sur 41 votants, majorité 21, les candidats obtiennent au premier tour, M. Burdel 17 voix, M. Willemin 12, M. Raimbert 6, M. Tessier 3, M. Bénard 3.

Au second tour, sur 43 votants, majorité 22, M. Burdel (de Vierzon) est élu par 30 voix contre 9 données à M. Willemin, 2 à M. Teissier et 1 à M. Raimbert.

MORT. — M. *le Président* annonce à l'Académie la mort subite de M. le Dr Planchon, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, correspondant de l'Académie, qui s'était distingué par de nombreux travaux de botanique. Il était le frère de M. Planchon, membre de l'Académie.

DE LA PROPHYLAXIE PUBLIQUE DE LA SYPHILIS. — M. *Fournier*. La commission s'est inspirée des observations qui ont été présentées dans la dernière séance de l'Académie, et pour répondre à ce désir de conciliation, elle propose les nouveaux articles suivants :

Art. 24. — Assurer la rigoureuse exécution des règlements militaires, notamment en ce qui concerne les visites sanitaires, la recherche des foyers de contagion, l'abandon de toute mesure disciplinaire à l'égard des soldats affectés de maladies vénériennes.

Art. 25. — S'efforcer de combattre les progrès incessants de la prostitution clandestine en éclairant les soldats sur les dangers de cette prostitution spéciale et réclamer le concours des autorités civiles pour l'assainissement des foyers de contamination, soit dans dans les villes, soit autour des camps.

Art. 26. — Assurer aux soldats syphilitiques dont le traitement a été commencé à l'hôpital la possibilité de continuer à leur corps et sous la direction des médecins des régiments le traitement ultérieur nécessaire à ce traitement.

M. *Legouest* veut rendre hommage aux efforts de la commission pour concilier toutes les opinions, mais ces modifications ne le satisfont pas. Il accepte l'article 24, mais il ne peut accepter l'article 26. M. Fournier parle un peu *pro domo sua*. Il est certain qu'il y a souvent des récidives dans la syphilis ; mais il y a des syphilis qui guérissent en un seul traitement. Vous engagez ici le médecin qui va recevoir le malade sortant de l'hôpital, cet article ferait de la médecine officielle et de la médecine obligatoire.

M. *Fournier* relit l'article 24 et l'article 25. L'article 24 est mis aux voix et adopté.

M. Legouest combat l'article 25. Cet article dit : « En éclairant les soldats sur les dangers... ». C'est renouveler sous une autre forme le vœu de ces conférences auxquelles la commission paraît tant tenir. M. Rochard a dit dans la dernière séance que ces conférences avaient de nombreux avantages et qu'elles n'avaient aucun inconvénient. Je voudrais bien savoir quels avantages on leur a jamais trouvé. J'en appelle de M. Rochard, membre de l'Académie, à M. Rochard, médecin de la marine.

M. Rochard parle non comme académicien, mais comme ancien directeur du corps de la santé de la marine. Il ne voit aucun danger à éclairer les marins sur les dangers de la syphilis, il n'y a pas là à exciter la curiosité malsaine de vieux marins auxquels on n'a plus grand'chose à apprendre.

M. *Le Roy de Méricourt* a défendu les conférences, mais non à cause du mot qui est trop emphatique. Il faut que le médecin du navire ou du régiment se place au point de vue du père de famille qui prévient ses enfants des dangers qu'ils peuvent courir. Quant à ce qui est de déceler aux marins les dangers qu'ils peuvent courir, M. le Roy de Méricourt a pu faire éviter à ses hommes, à Madagascar, un village dangereux.

M. Lagneau s'étonne que M. Legouest soit d'avis de ne rien faire, il est bon d'éclairer en pareil cas. Il n'y a pas d'inconvénient que l'Académie vienne sanctionner les mesures déjà prises par le ministère.

M. *Legouest*. Autre chose est de formuler un vœu comme le fait l'Académie ou d'appliquer ce vœu administrativement. Il y a certains dangers à ouvrir des esprits au sujet de la syphilis. Il y a de longues années, on a ouvert le musée de la Faculté aux soldats, alors qu'il y avait des figures de cire très bien faites représentant les lésions causées par la syphilis. En sortant de là, les soldats allaient dans les maisons de filles.

M. Worms a été médecin militaire. A cette époque, on punissait les soldats, non pour avoir des maladies vénériennes, mais pour ne pas les déclarer.

M. Trélat propose de supprimer l'article 26, et d'abréger l'article 25.

M. Fournier relit l'article 25, qui est voté.

M. *Fournier* relit l'article 26. M. Legouest vient de dire qu'il y avait des cas de syphilis qui guérissaient en un seul traitement. C'est possible, puisque M. Legouest le dit, mais je n'en ai jamais vu un seul cas. Il nous arrive constamment à l'hôpital Saint-Louis de voir des malades qui ont contracté la syphilis pendant qu'ils étaient soldats, qui ont été soignés pendant quinze jours, un mois, qui ont été

blanchis et qui viennent ensuite nous voir pour de nouveaux accidents. Ce que nous demandons simplement, c'est qu'on puisse appliquer aux soldats le traitement externe qui est appliqué depuis quelque temps à l'hôpital.

Au régiment, on a d'excellents médecins, mais on n'a pas de médicaments; il n'y a pas de protoiodure : le protoiodure de mercure n'existe pas dans les pharmacies régimentaires. Nous demandons qu'on en mette.

M. *Legouest*. Si vous appliquez un traitement à un soldat, il cherchera à ne pas faire son service.

Quand M. Fournier voit des soldats venir le consulter, voici pourquoi ils n'ont pas été traités : c'est qu'ils ne contractent pas leur syphilis dès leur arrivée dans l'armée, mais souvent peu de temps avant de quitter les drapeaux.

L'article 26 est adopté.

M. *Fournier* continue :

Art. 27. — En ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre, une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient contaminés.

Art. 28. — Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre et de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

M. *Rochard*. Le premier article est relatif à une visite médicale à faire subir à un équipage toutes les fois qu'il arrive dans un nouveau port. Aujourd'hui les longues traversées sont rares : les alternatives continuelles d'appareillage et de mouillage forceraient, si on prenait cet article 27 à la lettre, à passer constamment des visites. Il faudrait donc spécifier une durée minima de la traversée. Ce qui se fait mal, c'est la surveillance et le traitement des filles quand elles ont été reconnues malades. Il faudrait que les filles reconnues malades fussent traitées à l'hôpital jusqu'à guérison des accidents contagieux.

Une autre difficulté, c'est que les mesures prises dans les ports importants n'ont aucune force de loi dans les petites communes suburbaines où les filles peuvent se réfugier.

L'article 27 est adopté avec la modification proposée par M. Rochard.

L'ensemble du projet, mis ensuite aux voix, est adopté.

M. *le Président*. L'Académie n'aura pas à regretter le temps qu'elle a consacré à cette importante discussion. Celle-ci aura certainement

une influence des plus utiles et déjà l'administration a commencé à donner une juste satisfaction aux vœux formulés par l'Académie.

DE L'INFLUENCE DE L'ALCOOLISME SUR LA CRIMINALITÉ. — M. *Marambat*, greffier de la prison de Sainte-Pélagie, résume verbalement une brochure qu'il a publiée sur ce sujet.

EAUX MINÉRALES. — M. *Alb. Robin* lit, sur plusieurs demandes en autorisation des sources minérales, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER.

—

Londres.

Election du Président du Collège royal des médecins.
Sir Morell Mackenzie.

LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS s'est réuni, suivant la coutume, le lundi des Rameaux, c'est-à-dire le 26 mars dernier, en comité extraordinaire pour l'élection de son président. L'assemblée, des plus nombreuses, était présidée par SIR WILLIAM JENNER, bar., médecin ordinaire de S. M. la reine Victoria, etc. et président depuis sept ans du Collège royal des médecins. Avant de quitter le fauteuil de la présidence, SIR WILLIAM JENNER a prononcé le discours annuel, dans lequel il a énuméré les actes et les travaux de la savante compagnie, rappelé le souvenir des membres morts dans l'année, parmi lesquels nous signalerons SIR GEORGE BURROW, bar., et le Dr WILSON FOX.

SIR HENRI PITMANN a rappelé les règlements relatifs à la nomination d'un président et l'on a procédé à l'élection, qui a été vivement disputée. Au deuxième tour de scrutin, SIR ANDREW CLARK, bar., a été élu par 79 suffrages. Son concurrent, le Dr QUARIO, a eu 72 voix. SIR ANDREW CLARK a été proclamé président et immédiatement installé par le doyen de l'assemblée. Dans une heureuse improvisation, le nouveau président a remercié ses collègues de l'honneur qu'ils venaient de lui faire et promis de consacrer tous ses efforts pour maintenir et défendre l'honneur et la dignité du Collège royal des médecins.

SIR ANDREW CLARK aura l'occasion, dans ses nouvelles et importantes fonctions, de montrer les qualités éminentes dont il a déjà fait preuve dans maintes circonstances.

Il entre en fonctions dans un moment où le Collège royal traverse une phase difficile et où de grands changements dans l'éducation médicale s'imposent d'une façon inéluctable.

Son prédécesseur SIR WILLIAM JENNER avait déployé une grande énergie pour faciliter aux étudiants l'accès du Collège royal et leur

épargner les nombreuses difficultés qu'ils avaient rencontrées jusqu'à présent.

— Sir Morell Mackenzie. Partout on ne parle que du cancer, dans le monde médical et dans tous les mondes. Les yeux sont fixés sur Berlin et les médecins anglais et allemands; ces derniers surtout suivent avec une attention parfois cruelle les péripéties de la maladie de l'empereur Frédéric. On signale de Berlin les communications du Dr Scheuerlen sur le bacille du cancer.

Le cancer localisé, le cancer généralisé, on ne parle partout que de cancer. Les gens du monde demandent l'avis de tous les médecins qu'ils rencontrent sur le cancer de l'empereur, sa nature, son traitement et surtout la marche et le pronostic.

On prête aux médecins allemands des sentiments de jalousie qui seraient bien étranges. Le Dr Morell Mackenzie serait l'objet de la haine de certains hommes politiques.... et de certains de ses confrères allemands. Quel esprit étroit de chauvinisme germanique leur ferait considérer comme une insulte pour la science allemande la nomination et le séjour prolongé auprès de l'empereur d'un médecin anglais! Mais il n'y a probablement là que l'écho, un peu trop bruyant en pareille circonstance, de quelques intérêts lésés ou de quelque amour-propre froissé. Mais la presse anglaise ne peut cependant cacher la satisfaction qu'elle éprouve en voyant le succès de son compatriote sir Morell Mackenzie, dont la conduite a été l'objet de critiques souvent erronées, toujours passionnées et bien probablement injustes. L'avenir seul pourra dire qui avait raison, lui ou ses détracteurs?

Y...

NOUVELLES

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 7 avril, à sept heures, dans les salons du Grand-Hôtel, boulevard des Capucines.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes et à 16 francs pour les internes en exercice.

Le montant de la cotisation peut être remis à l'un des commissaires, ou dans les hôpitaux à l'interne économe de la salle de garde en médecine.

Les commissaires du banquet sont : MM. Piogey, r. Saint-Georges, Bottentuit, rue Castellane, 13 ; Tillot, rue Fontaine-Saint-Georges,

L'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris tiendra sa séance annuelle sous la présidence de M. le professeur Hardy, le samedi 7 avril, à 3 h. 1/2, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

777006

…-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 41. SAMEDI 7 AVRIL 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — …sseur de clinique chirurgicale, …bre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER — …fesseur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

…resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
…es ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 41 Samedi 7 Avril 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

L'hydrate d'amylène comme hypnotique.

Depuis que Mering a fait connaître l'hydrate d'amylène comme hypnotique, de nouvelles recherches sont venues confirmer les premiers résultats annoncés par l'expérimentateur. Le liquide désigné de ce nom par Wurtz est un alcool tertiaire bouillant à 105° et se décomposant par la chaleur seule en amylène et en eau; sa densité est de 0,81 ; sa formule est $C^5H^{12}O$. Rappelons que l'hydrate d'amylène se dissout dans huit parties d'eau et en toutes proportions dans l'alcool. Sa saveur rappelle celle du camphre et de la menthe poivrée. Pour corriger le goût un peu désagréable du médicament, on l'associe à l'essence de menthe et au sirop de mûres ou bien on l'administre sous forme de capsules de gélatine. C'est ainsi que l'a employé G. Avellis à la clinique de Riegel ; lorsqu'il existe quelque contre-indication à l'usage interne, on peut l'employer sous forme de lavement en lui associant la gomme arabique comme excipient. L'hydrate d'amylène, à la dose de 1 à 4 gr. chez l'adulte, provoque au bout de quelques minutes un sommeil assez durable. Mais comme l'avait déjà montré Mering, l'action hypnotique est plus faible que pour le chloral et plus forte que pour la paraldéhyde. Les sujets qui sont déjà habitués aux narcotiques ont besoin d'une dose assez forte (4 gr.). Le sommeil, qui n'est précédé d'aucune période d'excitation, est plus ou moins profond suivant les doses, mais il est toujours facile de réveiller les malades. Au réveil, ceux-ci ne témoignent d'aucun mal de tête ni d'abattement; enfin le médicament n'affecte en aucune façon la respiration et la circulation, qui restent normales. Les observations sont trop peu nombreuses encore pour savoir si l'emploi répété de ce corps amène l'accoutumance, mais G. Avellis déclare n'avoir jamais été obligé d'augmenter les doses après un certain temps. Il a employé l'hydrate d'amylène dans diverses maladies de l'estomac, du système nerveux, de l'appareil circulatoire,

dans l'ictère, la colique hépatique, le diabète, la tuberculose, la bronchite, etc. La toux des phthisiques éprouverait une diminution notable, enfin ce médicament exercerait une action favorable dans l'ictère et surtout dans les démangeaisons qui l'accompagnent. L'auteur ne connaît aucune contre-indication à son usage, mais dans les maladies douloureuses de l'estomac et du pharynx, il est mieux d'employer les lavements; il recommande en outre pour l'usage interne de ne mélanger le sirop de mûres qu'au moment de l'emploi, à cause d'une sorte de précipitation qui se produit par le mélange des deux substances.

Le Dr Franz Gurtler, de Kœnigsberg, a employé le même médicament dans un grand nombre de cas; les doses moyennes pour les adultes étaient de 3 gr. 50, mais certains sujets exigent des doses plus élevées et un alcoolique absorbait 7 gr. sans aucun inconvénient. Chez les enfants, des doses de 0,2 à 0,6, suivant l'âge, suffisaient pour produire un sommeil calme et prolongé. L'auteur n'a constaté que dans quelques cas seulement de la céphalalgie et du vertige au réveil, jamais il n'a observé de vomissements. Les maladies dans lesquelles l'insomnie réclamait l'usage du médicament étaient l'alcoolisme chronique, le morphinisme, la tuberculose, l'épilepsie, la cystite, le catarrhe chronique de l'estomac, le tabes dorsalis et la chlorose; le résultat était variable dans la toux; enfin pour l'ulcère et les cancers stomacaux, la pérityphlite, le rhumatisme musculaire, l'hydrate d'amylène fut associé à la morphine. Gurtler recommande chaudement ce médicament dans la pratique et le préfère au chloral sur lequel il offrirait, suivant lui, l'avantage de ne pas agir d'une façon défavorable sur le cœur.

Le Dr Dietz, assistant à la clinique des maladies mentales à Leipzig *Deutsche Med. Zeit*, 1er mars 1888), a employé avec avantage l'hydrate d'amylène; cependant il paraît avoir observé plus souvent la céphalalgie et les troubles variés résultant de son emploi. Mais comme les malades se plaignaient de la saveur désagréable du médicament, on fut obligé d'ajouter aux potions une quantité plus grande de sirop, d'autant plus que les doses employées doivent être plus élevées chez les aliénés que chez les malades ordinaires. Ce fait a été l'occasion d'une intoxication par l'hydrate d'amylène chez quatre sujets, dont voici la cause. Ce médicament se mélange difficilement au sirop et revient bientôt à la surface malgré l'agitation, et, dans une circonstance, on négligea la précaution à prendre immédiatement avant l'administration du remède qui fut ainsi pris en trop grande quantité. Les malades avaient goûté un sommeil calme et profond lorsque le matin ils ne purent être réveillés et se trouvèrent absolument paralysés. La sensibilité tactile et douloureuse,

les réflexes étaient totalement supprimés, le réflexe de la cornée n'existait plus, les pupilles dilatées ne réagissaient que lentement à la lumière, les lèvres suivaient mécaniquement l'expiration, la respiration était ralentie, profonde, parfois superficielle et irrégulière, le pouls était petit, lent, battait 56 à 60 par minute, enfin la température était abaissée dans deux cas jusqu'à 35°. Chez une malade, on fut obligé d'avoir recours à la respiration artificielle, mais sous l'influence d'excitations diverses, les malades ne tardèrent pas à se réveiller après avoir manifesté des troubles plus ou moins accusés dans les idées, de l'incoordination dans les mouvements et reprirent peu à peu leur état habituel. Dietz compare les effets toxiques produits par l'agent employé à celui que provoque l'alcool. Mering avait déjà observé sur les animaux en expérience que les hautes doses affectent le cerveau, la moelle, et le bulbe, et que le principal danger menace la fonction respiratoire. On peut ajouter d'après les observations de Dietz que l'activité cardiaque est intéressée également, quoique à un degré moindre qu'avec le chloral. Il sera donc prudent, lorsqu'on voudra faire usage du médicament, de ne le prescrire que pour une seule fois lorsqu'on le formule en potion ; mais l'emploi de capsules supprimera les inconvénients qui résultent du mélange de substances peu solubles possédant des densités différentes.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 28 *mars* 1888 (Suite). — *Présidence de* M. POLAILLON.

RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE. — M. *Championnière* croit que la récidive surviendra chez le malade opéré par M. Terrillon d'une rétraction de l'aponévrose palmaire, quoique M. Terrillon ait enlevé tout le tissu rétractile, et quoiqu'il se propose de faire porter un appareil à traction élastique.

M. *Terrier* est de l'avis de M. Championnière.

FISTULE DU SINUS MAXILLAIRE. — PRÉSENTATION DU MALADE. — M. *Quenu* présente une malade qui portait une fistule résultant de l'opération d'une hydropisie du sinus maxillaire. Cette fistule ne s'était pas oblitérée, quoique cinq mois se fussent écoulés depuis la première opération. Il ne coulait rien. Il a oblitéré en superposant deux lambeaux empruntés à la muqueuse gingivale et à la muqueuse buccale.

M. *Berger* croit qu'il s'agissait d'un kyste dentaire.

M. *Quenu* répond que la malade a, après l'opération de l'hydropisie, senti l'air passer de sa narine dans sa cavité.

M. *Berger* croit que l'oblitération serait survenue toute seule, et que, dans les suppurations de cette région, il faut maintenir l'orifice ouvert plutôt que favoriser son occlusion.

M. *Terrier*. Il faut distinguer les *abcès* des *hydropisies*. M. Berger raisonne sur les abcès, M. Quenu sur les hydropisies. M. Quenu se fonde sur le passage de l'air dans la cavité pour dire qu'il s'agissait d'une hydropisie. Je ne m'explique pas bien une hydropisie du sinus si ce sinus communique encore avec la narine ; il a dû faire une perforation en opérant sa malade et établir ainsi une communication avec la narine.

Greffe épidermique. — M. *Monod* présente un malade auquel il a fait une greffe épidermique par l'application de bandelettes d'épiderme sur la surface saignante de bourgeons très fortement raclés.

Séance du 4 *avril* 1888. — *Présidence de* M. Polaillon.

Fistule du sinus maxillaire. — M. *Després* rappelle que Demarquay a fait à un malade une opération analogue à celle de M. Quenu. L'opération réussit bien, mais il y eut, à la suite, rétention de liquides dans le sinus qui détermina de l'ozène, pour lequel je dus faire une nouvelle perforation du sinus, et je mis dans l'orifice un petit stylet d'argent destiné à maintenir ouvert le trajet.

Il y a onze ans que le malade est opéré et porte toujours son appareil, grâce auquel il peut faire des lavages, et l'ozène n'a plus reparu.

M. *Quenu*. Il s'agit de faits différents dans mon cas et dans celui de M. Després. Dans mon cas il s'agit du trajet qui ne pouvait se fermer et qui ne laissait passer aucun liquide.

M. *Després* demande que le malade soit revu dans un an.

Plaie du larynx (?). Mort rapide, par M. *Du Cazal*. — Rapport. M. *Chauvel*. Homme de 25 ans, éprouve une vive douleur dans la gorge au milieu de la nuit et un accès de suffocation.

Il entre le lendemain à l'hôpital. Il a une douleur vive au cou. Il parle à voix basse. Les troubles de la respiration sont modérés et ne paraissent pas indiquer une trachéotomie. Il meurt dans la journée, douze heures après le début des accidents.

A l'autopsie on trouve sur le larynx, au-dessous de la bande vocale inférieure, une petite plaie longitudinale à fond rouge non ulcéré. Au-dessus, il y a un œdème considérable.

On ne connaît pas la cause de cette plaie ; M. Du Cazal soupçonne un petit éclat de verre avalé inconsciemment par le malade.

La trachéotomie aurait peut-être sauvé le malade, mais l'indication ne s'est pas présentée.

Le rapporteur ne s'explique pas du tout l'existence de cette plaie,

Il ne pense pas, comme l'auteur, que ce soit dû à un éclat de verre. Il pense que la mort est due à l'œdème de la glotte et non à un acte réflexe, comme le pense l'auteur.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES PLAIES DE L'INTESTIN. — M. *Berger* rappelle que l'indication d'une intervention immédiate découlait de l'irruption des matières fécales et du sang dans la cavité abdominale.

M. Reclus a montré par des expériences et des faits que l'oblitération de l'intestin pouvait être spontanée et faite par un bouchon muqueux.

Voici un fait venant confirmer les résultats expérimentaux de M. Reclus :

Femme de 45 ans, entrée dans le collapsus avec des hoquets et des vomituritions, portant en haut et à gauche de l'ombilic une plaie triangulaire de 2 centimètres, ne laissant rien passer. Cette plaie avait été faite douze heures auparavant.

Ventre ballonné et douloureux, ce qui démontrait, avec la pâleur et le collapsus, qu'il y avait une hémorrhagie considérable, laparotomie immédiate. Après l'incision, un flot de sang noir sortit. Il s'en écoula un litre et demi venant d'une plaie située à l'union du mésentère avec le mésocôlon, sur laquelle nous fîmes deux ligatures. Nous examinâmes le reste du ventre. Nous trouvâmes sur le duodénum deux orifices de 2 millimètres environ qui n'avaient donné lieu à l'issue d'aucun gaz ni de matière, quoique la plaie eût été produite pendant la digestion et que l'intestin fût distendu.

Ces plaies étaient devenues circulaires et on voyait la muqueuse en oblitérant complètement l'ouverture ; elles furent suturées, il y avait encore deux orifices sur le mésentère.

Il y avait derrière ce mésentère un thrombus veineux et un thrombus chyleux.

Suture de la paroi.

La malade mourut le soir dans le collapsus dont elle ne s'était pas relevée.

A l'autopsie, le ventre ne contenait plus de sang.

Il existait encore une plaie de la région pylorique de l'estomac de 1 cent. de diamètre et sur la face antérieure ; sur la face postérieure il en existait une autre.

Les plaies que nous avions oblitérées avaient été produites après celles de l'estomac qui se trouvait abaissé au moment où le coup de couteau avait été donné, et qui était évidemment remonté après.

Les plaies de l'estomac étaient oblitérées et l'oblitération s'était faite par le défaut de parallélisme entre les différentes tuniques stomacales.

Ce fait montre que des adhérences pourraient se produire avant qu'une quantité notable de matières ou de gaz puisse sortir et tomber dans la cavité péritonéale.

Il ne prouve rien contre l'intervention chirurgicale dans les plaies de l'abdomen.

Il est comparable aux faits de plaies par balles de revolver.

J'insisterai sur le mécanisme de l'occlusion spontanée. Du côté de l'intestin, elle est due à un bouchon muqueux, du côté de l'estomac, au défaut de parallélisme.

J'en conclus que, dans les plaies par instruments tranchants et piquants, l'occlusion spontanée peut se produire et que cette occlusion temporaire peut empêcher l'issue des matières et par suite la péritonite.

Ce qui permet de maintenir les conclusions que j'énonçais ici, à savoir qu'il ne fallait intervenir que s'il existait quelque symptôme anormal indiquant l'intervention.

M. *Terrier*. Les faits annoncés par M. Berger sont connus depuis longtemps. Dans son cas, l'intervention s'est produite douze heures après, sur une femme demi-morte chez laquelle les contractions de l'intestin n'ont pas pu se produire et chasser des gaz et des matières.

Dans les plaies par arme à feu, ce serait encore pis, puisqu'il y a une perte de substance.

Quand on a une plaie de l'abdomen, dès qu'il y a des phénomènes anormaux, je crois qu'il faut intervenir.

M. *Chauvel*. L'arrêt de l'hémorrhagie est dû à la compression. Au demeurant, je ne crois pas qu'on puisse comparer les plaies par arme à feu et les coupures où il n'y a pas perte de substance.

M. *Reclus*. On avait mis en doute la possibilité de l'oblitération par le bouchon muqueux. Les anciens physiologistes l'avaient montré et mes expériences l'ont prouvé de nouveau. Cela s'observe après les coupures et après les plaies par balles de petit calibre; cependant ce bouchon muqueux empêche jusqu'à un certain point l'occlusion rapide qui se produit surtout par des adhérences.

La distinction entre les plaies par balles et les coupures n'existe pas pour les petits projectiles.

L'occlusion de la plaie se fait tellement bien et si vite qu'il est difficile de trouver après quinze jours, sur le chien, une cicatrice de l'intestin, car les adhérences avec le péritoine pariétal se rompent vite.

M. Terrier a dit que les contractions de l'intestin n'avaient pas pu se produire et chasser les matières intestinales; c'est pour cela qu'on n'avait pas observé de matière dans le péritoine.

Or, Socin voulait communiquer l'observation d'un Bavarois qui

avait reçu un coup de feu dans la région de l'estomac; on n'avait pas soupçonné de lésion et il avait mangé très abondamment pendant plusieurs jours après sa blessure ; il avait guéri très bien. Cinq mois après, il mourut d'une maladie accidentelle; à l'autopsie on trouve la balle dans la colonne vertébrale et deux cicatrices sur les deux faces de l'estomac montrant que cet organe avait été traversé.

J'ai vu cette année deux malades ayant reçus des coups de couteau dans l'estomac; ils avaient vomi le sang en abondance, ce qui prouvait la réalité d'une perforation de l'estomac. Sous l'influence de la compression et de l'opium empêchant les contractions des viscères abdominaux, ils ont parfaitement guéri.

Ces observations pourraient être très multipliées, et je crois que la guérison peut être obtenue plus facilement qu'avec l'intervention.

M. *Terrier*. On peut faire un traitement rationnel des plaies de l'estomac parce qu'on peut empêcher les matières de circuler dans l'estomac; on ne peut le faire pour l'intestin.

Dans les plaies intestinales, le bouchon muqueux est septique et peut donner une péritonite.

La compression ne peut empêcher ni les contractions intestinales, ni l'hémorrhagie.

M. *Championnière*. En présence d'une plaie de la région abdominale, si nous n'intervenons pas, c'est que le malade se porte bien et que nous ne savons pas s'il y a une plaie intestinale. Les chances qu'il a contre lui du fait de la laparotomie sont plus faibles que celles qu'il a du fait des plaies intestinales. Donc il vaudrait mieux intervenir que s'abstenir.

M. *Reclus*. Pratiquement, M. Championnière peut être sûr qu'une plaie pénétrante de l'abdomen est une plaie de l'intestin, puisque, dans les expériences, 97 fois sur 100, une plaie pénétrante est une plaie d'intestin. Quand on intervient dans ces cas, il faut manipuler l'intestin pour en découvrir les lésions, ce n'est plus une simple laparotomie, et on ne peut comparer la laparotomie exploratrice, qui est bénigne, à une opération où on est obligé de visiter tout l'intestin.

Dans la pratique, nous sommes tous d'accord. Quand il survient un accident tout le monde intervient, et ce n'est pas seulement M. Championnière ou M. Terrier.

M. *Trélat*. Théoriquement, le malade de M. Berger devait être laparotomisé.

Cette discussion ne ressemble en rien à celle que nous avons soutenue il y a un an et demi. Aujourd'hui, nous sommes tous d'accord.

Personne ne voudrait pas ne pas lier un vaisseau qui verserait du sang dans l'abdomen.

Personne ne voudrait pas ne pas intervenir en présence d'une menace.

J'ai de la tendance à devenir de plus en plus interventionniste.

Il vaut mieux faire une laparotomie exploratrice que s'abstenir.

Il faut noter toutes les observations qui nous passent sous les yeux et en tirer les conclusions.

Toutes celles que je connais sont en faveur de l'intervention.

P. Bazy.

BIBLIOGRAPHIE

Transactions of the pathological society of London, trente-huitième volume. London, 1887.

Le recueil de la *Société pathologique* de Londres ne le cède pas en importance à celui de la Société médico-chirurgicale et renferme de nombreuses observations cliniques et anatomo-pathologiques précieuses aussi par les nombreuses planches extrêmement soignées qui les accompagnent.

Dans son *adress*, le Président, sir James Paget, insiste surtout sur l'esprit scientifique qui doit présider à l'étude de la clinique et de l'anatomie pathologique, car c'est surtout par lui que la pratique peut conduire aux découvertes scientifiques. On a bien souvent opposé la pratique et la science comme deux choses ne pouvant s'accorder et devant être séparées. C'est là une erreur, et la science abonde en exemples qui montrent la nécessité et les avantages de leur association. Or, pour tirer une découverte d'un fait constaté par la pratique, il faut d'abord être doué d'un esprit scientifique. Celle-ci fournit d'ailleurs de nombreuses occasions pour l'investigation scientifique et beaucoup de faits qui sont encore du domaine de l'empirisme recevront plus tard une explication rationnelle. Il en est ainsi, par exemple, des médicaments dits spécifiques, de la quinine, de l'iodure de potassium, du mercure, du bromure de potassium dans l'épilepsie. Il en a été ainsi de certaines connexions pathologiques, de l'hydropisie coïncidant avec certaines lésions rénales. Les questions obscures s'élucident par un travail minutieux et par suite du perfectionnement des méthodes. L'examen microscopique ne doit pas seulement montrer les altérations de tissus comme un herbier montre des formes qui ne disent rien de la vie des plantes qu'il renferme, mais devra s'efforcer de nous montrer les processus de la vie intra-cellulaire. Il faut donc trouver des méthodes spéciales pour l'étude des tissus vivants afin de pouvoir découvrir des différences de structure indiquées par les différences de propriétés ou de fonc-

tions, là même où l'examen microscopique actuel montre un tissu ankysté.

La première partie du recueil comprend toutes les observations qui se rattachent aux maladies du système nerveux. Quelques-unes ont trait à des tumeurs développées dans les méninges. C'est ainsi que M. Hyla Grenes rapporte un exemple d'endothéliome de la dure-mère, observé chez une femme de soixante ans. Pendant les derniers mois de sa vie, la malade souffrit de douleurs persistantes dans la région pariétale, eut des attaques épileptiformes limitées au côté gauche qui devint ensuite paralysé. L'autopsie montra une tumeur située dans l'écorce cérébrale au niveau du sillon de Rolando. Cette tumeur, composée de cellules endothéliales disposées sous forme de travées et en amas globulaires, répondait par sa structure à l'endothéliome décrit par Ziegler. M. J. Price décrit une espèce rare de tumeur, un cholestéatome (tumeur formée de cristaux de cholestéome) ayant pris naissance à la base du crâne; enfin nous signalons un mémoire de MM. Coupland et Pasteur sur des sarcomes diffus de la pie-mère spinale et une observation de sarcome adénoïde de la glande pinéale, par M. J. Coats.

M. Hadden a eu l'occasion d'étudier plusieurs cas de paralysie alcoolique; il a toujours observé l'intégrité de la moelle, mais seulement des lésions des nerfs périphériques, consistant en une destruction granuleuse de la myéline et la disparition du cylindre-axe. Enfin les fibres musculaires des muscles paralysés étaient atrophiées en partie, tandis que le tissus conjonctif offrait des lésions prolifératives, les noyaux étaient augmentés de volume. En somme, il s'agit ici d'une névrite qui débute par les extrémités nerveuses pour remonter aux gros troncs. La maladie était toujours associée à la tuberculose. M. Sydney Coupland a décrit des altérations dans les nerfs périphériques chez une femme atteinte de gangrène symétrique des extrémités (maladie de Raynaud). Les tubes nerveux étaient atteints surtout dans leur myéline, ils étaient atrophiés, tandis que le tissu conjonctif était hyperplasié. L'auteur croit à une relation entre la gangrène des extrémités et les lésions nerveuses, et son observation tend à faire de la maladie de Raynaud une névrose.

Le cas observé par M. Payne de fibromes multiples de la peau était remarquable par le nombre de ces tumeurs d'un volume très variable de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Elles étaient molles, mobiles, sessiles ou pédiculées; elles siégeaient principalement à la face, aux épaules, à la partie supérieure des bras. Quelques-unes sur le cou, à la poitrine et sur la paume des mains et la plante des pieds. La peau était à peu près normale et ne présentait qu'un léger amincissement et une pigmentation à leur niveau.

Ces tumeurs n'avaient aucune connexion avec les glandes sébacées; enfin elles persistèrent sauf variations toute la vie de la malade, jusqu'à la mort qui fut amenée par une attaque de diarrhée cholériforme. L'aisselle était le siège d'une tumeur qu'on reconnut à l'autopsie être constituée par un névrome flexiforme. La structure de ce dernier était semblable à celle des fibromes cutanés ou molluscum fibreux, formés de tissus fibreux et de noyaux. Aussi les deux espèces de tumeurs qui ne diffèrent que par leur siège sont-elles connexes; c'est un point qui a d'abord été reconnu par Recklinghausen; le périnèvre et ses expansions interfasciculaires sont l'origine de ces productions.

La chute des dents chez les ataxiques a été observée par M. Richardière, M. Lewis et d'autres auteurs. M. Hale White cite une observation qui confirme les particularités déjà observées, c'est-à-dire la chute des dents saines en apparence, qui a lieu sans être précédée d'aucun phénomène anormal; dans ce cas il s'agissait de la dent de sagesse.

Les maladies des organes respiratoires n'occupent qu'une place restreinte dans le volume; on lira quelques observations intéressantes sur la laryngite hyperplasique syphilitique, sur l'épithéliome du larynx, sur les nodules fibreux des poumons (Hadden), affection que Ziegler a décrite sous le nom de cirrhose nodulaire du poumon.

De nombreuses observations ont trait aux anévrysmes du cœur, de la cloison interauriculaire, du sinus de Valsalva, de la valvule mitrale et de l'aorte : M. W. Pasteur rapporte un cas intéressant de syphilôme diffus du cœur, mais l'observation est purement anatomo-pathologique, car on ne constata la lésion qu'à l'autopsie d'une femme qui mourut subitement. Il en est à peu près de même d'une observation de M. Handford, relative à un lipôme siégeant dans la cloison interauriculaire, ayant la grosseur et la forme d'un œuf de pigeon. Enfin, M. Richard Barwell, décrit sous le nom de macro-angiosis une dilatation des vaisseaux veineux et artériels qu'il a observée chez un garçon de 21 ans et qui devint l'origine d'une hémorrhagie grave. Les différences qui séparaient cette dilatation des anévrysmes cirsoïdes ou des varices anévrysmales justifient l'appellation que M. Barwell a donné à cette anomalie vasculaire.

Les maladies de l'appareil digestif ont été l'objet de nombreuses communications et il nous est impossible de faire même une énumération; le cancer de l'œsophage, l'abcès rétro-œsophagien, la contracture qui donne à l'estomac la forme d'un bissac ou d'un sablier dans les ulcères stomacaux, les tumeurs du cæcum, le cancer du foie sont les principaux sujets de ces observations.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

—

M. Planchon, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, professeur de botanique à l'Ecole de pharmacie de la même ville, directeur du jardin des plantes, correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, membre du consistoire. M. Planchon était né à Ganges en 1823. Ses travaux sur le phylloxera avaient rendu son nom très populaire dans le Midi.

Le Dr Martin Saint Ange, décédé le 27 mars à l'âge de 85 ans.

Le Dr Gevrey (J.-C,), médecin en chef des hôpitaux, des épidémies et des prisons, à Vesoul.

Le Dr Cosserat, de Padoux (Vosges), reçu en 1869.

Le Dr Roux, de Meximieux (Ain), reçu en 1839.

NOUVELLES

—

Académie de médecine. — *Concours Gerdy.* — La commission des eaux minérales, satisfaite des rapports de MM. les stagiaires Boutarel et Lamarque pour 1887, leur accorde à chacun une récompense de 500 francs.

La Commission leur désigne les stations suivantes, pour 1888: A M. Boutarel; Bourbonne pour l'été, et Dax pour l'hiver; A M. Lamarque : La Bourboule, pour l'été, et Amélie-les-Bains pour l'hiver.

Une somme de 3000 francs sera versée à chaque stagiaire pour ces deux services.

Hôpitaux de Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie, programme des cours de la saison d'été, année* 1888. — 1° Cours de médecine opératoire : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 16 avril 1888, à quatre heures.

2° Conférences d'histologie : des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le Dr Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine d'opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 9 avril.

Mission. — M. le Dr E. Ménière est chargé d'une mission à l'effet de représenter le ministre de l'Instruction publique au Congrès international d'otologie, qui s'ouvrira à Bruxelles en septembre 1888.

La société des médecins inspecteurs des écoles, dans sa séance du mercredi 28 mars, a renouvelé son bureau.

Ont été nommés : *président honoraire*, M. Mangenot; *président*, M. A. Chevallereau; *vice-présidents*, MM. Mook et Blayac; *secrétaire gé-*

néral, M. Paul Richard; *secrétaires annuels*, MM. Pellier et Toledano; *trésorier*, M. Perrachon.

Bulletin de la mortalité *du* 25 *au* 31 *mars* 1888. — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 4. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 11. — Diphtérie, Croup, 46. — Phthisie pulmonaire, 218. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 41.

Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 63. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 17. — Maladies organiques du cœur, 75.

Bronchite aiguë et chronique, 89. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 113.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 60.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 18. — Sénilité, 37. — Suicides et autres morts violentes, 36. — Autres causes de mort, 196. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 1122. — Résultat de la semaine précédente : 1120.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les stations d'eaux minérales du centre de la France. — La Caravane hydrologique de 1887, par le Dr de Pietra Santa et A. Joltrain. Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, et Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Sous ce titre, la Société française d'hygiène vient de publier un intéressant volume sur la Caravane hydrologique qu'elle avait organisée au mois de septembre dernier, pour permettre aux médecins de visiter les stations d'eaux minérales du centre de la France.

L'ouvrage se divise en trois chapitres : le premier comprend la partie scientifique et les considérations générales sur la valeur thérapeutique des eaux et la climatologie: le second contient le récit de l'excursion; dans le troisième figurent les conférences faites dans chaque station par les médecins-inspecteurs et consultants.

C'est un livre écrit avec impartialité. Il sera consulté avec profit par tous les médecins, et lu avec intérêt par les malades et les touristes.

Ce n'est d'ailleurs que le commencement d'une série. La Société française d'hygiène doit, en effet, organiser cette année une caravane [illegible] logue, de façon à permettre aux médecins de visiter toutes les stations de la France. L'excursion, chaque année, sera faite dans les Vosges.

C'est la création d'un véritable cours d'hydrologie sur place, qui fait encore défaut dans nos Facultés de médecine.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 42. MARDI 10 AVRIL 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE .... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...r ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...vrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 42 Mardi 10 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 9 avril 1888

L'Association générale des médecins de France.

L'assemblée générale de l'Association des médecins de France a eu lieu hier, à 2 heures et demie, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Henri Roger. Rappelant les pertes que la Société vient de subir dans ces dernières semaines, le président a pu dire que « l'année 1887 est, selon la belle expression de Lamennais, une de ces années qui s'en vont vêtues de noir ». Nous avons en effet à déplorer la perte du professeur Gosselin, qui fut longtemps président de la Société centrale, de Foville, le regretté secrétaire général, et de Martineau qui, depuis vingt ans, donna à l'Association le meilleur de son dévouement et lui a légué en mourant toute sa petite fortune.

Les ressources de l'Association se sont accrues cette année par divers dons, en particulier par le legs de 100 000 fr. que lui a fait le Dr Roth, médecin d'origine hongroise depuis longtemps fixé à Paris. Ce confrère pratiqua d'abord l'homœopathie, mais depuis longtemps il n'exerçait plus la médecine. « Partisan des infiniment petits, dit M. H. Roger, il manqua, sur la fin de sa vie, à sa doctrine, et traita le mal de misère par l'or à doses massives. »

Des confrères, M. Wannebroucq, M. Péan, ont fait des dons à l'Association pour fêter un évènement heureux. Mme Bernutz, Mme Gosselin, après la mort de leur mari, ont tenu à continuer leur générosité envers leurs confrères. Enfin M. René Marjolin a créé, à l'asile Sainte Hélène, à Epinay-sous-Sénart, deux places pour des filles de médecins de la Seine.

Le discours toujours si fin et si délicat de M. H. Roger a reçu le juste tribut de chaleureux applaudissements qu'il enlève chaque année.

M. Brun fait des discours moins brillants, mais non moins goûtés cependant, surtout lorsqu'il montre à quel point les finances de l'Association sont florissantes. L'avoir de la caisse des pensions de re-

traite est actuellement de 1,104,724 fr. 66, en augmentation de 85.827 fr. sur le chiffre de l'an dernier.

Le capital de la somme de 1,104,724 fr. 66, appartenant à la caisse des pensions, est réparti comme suit :

1° 865,376 francs à la caisse des retraites de la vieillesse, pour le service de 65 pensions.

2° 233,726 fr. au compte de fonds de retraites, à la Caisse des dépôts et consignations pour le service des nouvelles pensions à créer.

3° 5.622 fr. 19 en caisse du trésorier.

Et comme l'avoir de la caisse général est de 85,669 fr. 59, il en résulte que l'avoir total de l'Association générale, non compris l'avoir particulier des sociétés locales et de la société centrale, est de 1,190,394 fr. 25.

Après cet exposé, M. Richelot, au nom de la commission chargée de vérifier les comptes du trésorier, a rendu dans les termes les plus heureux un juste hommage au talent et au caractère de M. Brun et il a rappelé, aux applaudissements de l'auditoire, que le ministre de l'intérieur, qui a la direction des sociétés de secours mutuels, venait d'attribuer à M. Brun une médaille d'or grand module en témoignage de son dévouement pour l'Association depuis de si longues années.

L'Association, après son secrétaire général, Amédée Latour, a perdu son secrétaire général Foville, puis son vice-secrétaire Martineau. Le bureau a donc prié l'un des membres du conseil général, M. Riant, de lire le compte rendu de la situation et des actes de l'Association générale des médecins de France pendant l'année 1887. Hâtons-nous d'ajouter que M. Riant s'est fort bien acquitté de cette mission.

Après avoir rendu hommage à celui dont il occupait la place, Foville, et à Martineau, M. Riant a rappelé les pertes faites parmi les présidents des sociétés locales, puis il a souhaité la bienvenue aux présidents nouveaux :

Le bilan des différentes caisses de l'Association s'élève, en fin d'exercice, aux chiffres suivants :

Capitaux de la Caisse générale..............	85.669 fr. 59
Caisse des pensions viagères................	1.104.724 fr. 66
La Société centrale et les Sociétés locales....	916.186 fr. 94
Total.........	2.106.581 fr. 19

En outre, les rentes, qui appartiennent à ces différentes caisses en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 p. 100, représenteraient un total d'environ 200,000 fr., ce qui porterait l'ensemble des capitaux de l'Association à 2.306.581 fr. 40.

D'autre part, voici la liste des secours donnés, sous différentes formes, par l'Association, dans le dernier exercice :

La Caisse des pensions viagères a servi 70 pensions de 600 francs, et une pension de 300 fr., soit.	42.300 fr. »
La Société centrale et les Sociétés locales ont accordé à 58 sociétaires......................	15.202 fr. »
Elles ont réparti entre 174 veuves, fils ou filles de sociétaires..............................	41.384 fr. »
Elles ont donné à 45 personnes étrangères à l'Association..................................	1.629 fr. »
Total.........	100.585 fr. »

Diverses questions ont été le sujet des discussions des sociétés locales, par exemple la médecine des indigents dans les communes, les honoraires des médecins pour expertises médico-légales, le secret professionnel et surtout cette mine inépuisable de l'exercice illégal de la médecine.

L'assistance morale de l'Association n'est pas moins efficace que son assistance matérielle. L'Association a pu prendre en mains et terminer heureusement plusieurs affaires dans lesquelles la fortune et la réputation de confrères étaient gravement compromises.

Le projet de loi du gouvernement relatif à l'exercice de la médecine a été l'objet d'un rapport du Dr Chevandier, député de la Drôme, rapport distribué à la Chambre dans sa séance du 28 janvier dernier. La commission parlementaire repousse le libre exercice de la médecine et supprime l'Officiat par voie d'extinction ; d'autre part, elle a cherché à rendre l'accès du doctorat moins difficile en n'exigeant que l'un ou l'autre des deux diplômes de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet. Enfin, le rapporteur de la commission espère obtenir du Parlement, l'an prochain, la suppression des frais d'inscription, qui entravent plus d'une carrière médicale.

La proposition innove, en obligeant « *tout médecin* à donner aux autorités administratives ou aux agents de la santé publique les renseignements utiles à l'hygiène générale, notamment en ce qui concerne les maladies épidémiques ou endémiques, et l'indication des causes de décès, sous la réserve du secret médical (art. 12) ».

Le rapport justifie cette addition aux devoirs sociaux du médecin, en disant : « C'est en quelque sorte le prix du monopole concédé aux médecins par l'Etat. » Il rappelle « tous les sacrifices supportés jusqu'à ce jour par le corps médical » ; mais il croit cependant « que la nouvelle mesure sera bien accueillie par ceux qu'elle vise ».

La proposition établit que « *tout médecin* requis doit son concours

à l'autorité administrative ou judiciaire, en cas de flagrant délit. En toute autre circonstance, il a droit de se récuser. S'il prête son concours en vertu des dispositions précédentes, il agit en qualité d'expert et a droit à être rémunéré comme tel (art. 13). »

L'article 16 reconnaît aux médecins le droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 24 mars 1884.

D'après l'article 20, § 2, les médecins et les associations de médecins régulièrement autorisées peuvent se porter partie civile, en cas d'exercice illégal.

L'article 19 définit l'exercice illégal.

Le fait d'exercice illégal est qualifié de délit.

Il sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle par le procureur de la République (art .20 § 1er).

Ce projet de loi améliorera certainement la situation du corps médical ; restait à savoir si ce projet ne devait pas avorter comme tant d'autres, à la fin de cette législature ; mais M. Chevandier a informé M. Riant que, grâce à ses soins, la proposition, mise à l'ordre du jour avant quarante-cinq autres projets de lois qui devaient la primer, avait chance d'être discutée vers le mois de juin en première et deuxième délibérations et d'arriver au Sénat en temps utile.

M. Vidal a lu un rapport au nom de la commission des pensions viagères. L'an dernier l'Association a distribué une pension de 600 fr. à 71 personnes, Il y a eu 6 décès et 15 nouvelles demandes, ce qui porte actuellement le nombre de nos pensionnaires à 80.

Dans ces deux dernières années, il y a eu 32 propositions nouvelles, 17 en 1886 et 15 en 1887, toutes ces propositions peuvent être acceptées. Mais le bureau a reçu, il y a deux jours, deux propositions bien tardives et qui ne pourront par suite être discutées qu'en 1889. D'après le règlement, en effet, les demandes doivent être transmises avant le 31 décembre. D'ailleurs pour constituer une pension de 600 francs à 4 0/0, il faut verser à la Caisse des dépôts et consignations la somme de 15,000 francs, et comme il ne reste dans la caisse qu'une somme de 8,000 francs, l'Association se trouve dans l'impossibilité de servir les deux nouvelles pensions demandées. Jusqu'à l'an prochain les confrères qui ont fait l'objet de ces demandes peuvent obtenir des secours de leur société locale, qui elle-même peut avoir recours à la c aisse générale.

La caisse des pensions viagères est encore dans la période difficile et il en sera ainsi jusqu'à l'époque où le nombre des décès sera à peu près égal à celui des nouvelles demandes. Il n'est donc pas possible d'élever le chiffre des pensions au-dessus de 600 francs et d'atteindre le chiffre de 1,200 francs comme il serait si désirable ;

mais des séances comme celle d'hier sont consolantes et permettent d'entrevoir le jour où cet idéal commencera à se réaliser.

A. Chevallereau.

BIBLIOGRAPHIE

Transactions of the pathological society of London, trente-huitième volume. London, 1887. (*Suite et fin.*) (1).

Dans la partie qui a trait aux maladies des voies génito-urinaires, nous notons un mémoire important de M. Eve sur les tumeurs kystiques du testicule. Nous relèverons les conclusions suivantes : Suivant l'auteur, toutes les tumeurs kystiques du testicule, malignes ou bénignes, ne sont que de simples variétés d'une même forme de tumeur, qui a pour origine le hile de l'organe, et qui est constitué suivant les cas par l'adéno-fibrome, le myxome ou le sarcome. Les restes du corps de Wolff sont très probablement l'origine de certains éléments de ces tumeurs, mais on ne peut faire naître ces kystes du corps de Giraldès; enfin, ces kystes ne sont pas dus à une simple dilatation des tubes préexistants, car il y a une néoformation d'épithéliums. L'auteur a observé ces tumeurs surtout vers l'âge de 30 ans.

Signalons enfin, dans cette partie, un mémoire de M. Lawson Tait sur la pathologie de la grossesse tubaire, travail qui s'appuie sur des autopsies et des laparotomies qu'il a pratiquées dans des cas de grossesse extra-utérine. L'auteur fait jouer aux trompes de Fallope un rôle important dans la menstruation; en outre, la turgescence et la desquamation périodique de la muqueuse utérine sont des conditions essentielles pour le développement de l'ovule fécondé. L'épithélium de la muqueuse des trompes se reproduit difficilement et comme c'est lui qui, par ses cils vibratiles, expulse l'ovule dans la cavité utérine et empêche l'entrée des spermatozoïdes dans la trompe, il est facile de comprendre comment une salpingite favorise le développement de la grossesse tubaire, car l'ovule ne progresse plus et les spermatozoïdes l'atteignent dans la trompe. Celle-ci se dilate à mesure que s'accroît l'embryon, mais comme la paroi se rupture, il en résulte, suivant les cas, ou une hématocèle intra-péritonéale tubaire ou une grossesse extra-utérine (sous-péritonéo-pelvienne de Dezeimeris). On peut objecter contre cette interprétation pathogénique que la grossesse tubaire et la salpingite sont loin d'avoir le même rapport de fréquence qu'elles devraient avoir si les choses se passaient toujours ainsi.

Les maladies du système osseux sont l'objet de nombreuses obser-

(1) V. *France méd.*, n° 43.

vations. Voici d'abord M. d'Arcy Power qui fait remarquer ue les fractures comminutives du radius sont plus fréquentes que les fractures simples; c'est le fragment inférieur qui, dans ce cas, est écrasé; cependant l'exactitude d'un diagnostic, d'ailleurs difficile, importe assez peu puisque les résultats du traitement sont en général satisfaisants. Le cas d'ostéomyélite épiphysaire décrit par M. J. Roland offre cette particularité qu'elle amena la séparation complète de l'apophyse coracoïde chez un garçon de 12 ans. Le cerveau, le foie, les reins, etc., présentaient de nombreux foyers de suppuration et étaient remplis de micrococques.

La perforation du crâne par une ostéite tuberculeuse a été observée par M. B. Pollard chez une enfant de 10 mois. La névrose de la région occipitale avait été précédée par le développement d'abcès froids.

Des spécimens de la luxation congénitale de la hanche ont été produits par MM. Bowlby, J. Morgan, d'Arcy Power, Schattock, Adams.

Dans le cas de M. Bowlby, le fémur droit était déplacé en haut et en arrière, et fixé par une capsule fibreuse; le ligament rond n'existait pas et la cavité cotyloïde était représentée par une petite fossette formée du pubis et de l'ischion; cette fossette ne pouvait d'ailleurs recevoir la tête du fémur. Des planches remarquables annexées au travail de M. Adams ont trait à diverses particularités de la luxation congénitale de la hanche.

Les communications relatives aux tumeurs forment un ensemble de précieux renseignements qu'on consultera avec fruit. On comprendra qu'il ne nous est pas possible dans ce résumé de faire même un choix au milieu de ces nombreuses et intéressantes observations dont beaucoup sont accompagnées de planches très soignées.

Sachant que beaucoup de maladies spécifiques ont une origine parasitaire, il était naturel de rechercher si les néoplasmes malins ne reconnaissaient pas leur cause dans la pullulation des germes; c'est ce qu'ont fait MM. Ballance et Shattock. La généralisation de certaines tumeurs, leur caractère pour ainsi dire infectant sont autant de présomptions en faveur de la nature parasitaire du cancer. Cependant les tentatives de culture faites par ces auteurs ont toutes été négatives à l'encontre de celles qui ont été entreprises par M. Scheurlen. Le tissu cancéreux est demeuré stérile dans toutes les expériences; de même les tissus normaux, les fragments des muscles, du testicule, des glandes salivaires, du rein et du foie placés dans des liquides de culture stérilisés n'ont pas donné lieu à la production de germes; il faut faire une exception peu fréquente du reste pour le foie, ce qui s'explique par la communication de l'appareil

biliaire avec l'intestin. Néanmoins les auteurs sont convaincus que les parasites jouent un rôle dans le cancer, et si les premiers résultats ont été négatifs, c'est que les conditions de l'expérience s'écartent trop de celles dont l'organisme est le théâtre dans la production du cancer; d'un autre côté, la microbiologie peut nous montrer des organismes dont la structure et la physiologie nous sont inconnues. Mais la manière d'expliquer l'infection des épithéliums, dont les fonctions s'altèrent gravement, par la génération des micro-organismes et l'intoxication par leurs produits, quelque vraisemblable qu'elle puisse être, exigerait au moins un commencement de preuves matérielles pour sortir du domaine hypothétique d'où l'expérimentation la tirera sans doute un jour. En tous cas, les études de MM. Ballance et Shattock sont suffisamment justifiées par les services qu'on a le droit d'attendre de la bactériologie.

Parmi les communications qui terminent ce recueil remarquable, nous trouvons deux mémoires de M. Bland Sutton sur la pathologie animale ; l'un a trait à l'existence de calculs d'oxalate de chaux dans le rein d'un animal (le paresseux) du jardin de la Société zoologique, et à plusieurs lésions utérines observées chez le *cervus porcinus*, l'agouti et les singes. Le même auteur a rapporté des exemples relatifs aux effets du rachitisme sur le crâne d'un singe et d'un lion, se traduisant par l'extrême épaisseur des os de la voûte du crâne et l'absence du diploé. Ce dernier animal, âgé de 15 mois, né dans le jardin zoologique, devint peu à peu paraplégique. D'autres jeunes animaux de même espèce, au crâne également rachitique, offrirent des symptômes locomoteurs et convulsifs causés par la compression cérébrale.

Une dernière place est réservée à la pathologie végétale et M. Royer Williams a présenté quelques exemples de tumeur végétales en rapport avec la formation des bourgeons. Des considérations théoriques d'une portée plus haute justifient la place de ce mémoire dans les *Transactions* et l'auteur s'est efforcé de montrer que la vie cellullaire est la seule base de toutes les variations morphologiques normales ou pathologiques. C'est donc un travail qui intéresse à la fois les botanistes et les médecins. L'intérêt et le nombre des faits accumulés dans les *Transactions* de la Société pathologique de Londres font que le médecin y trouvera toujours d'utiles renseignements.

L. Jumon.

VARIÉTÉS

Le banquet de l'internat.

Le banquet de l'internat a eu lieu samedi soir, au Grand-Hôtel, avec l'entrain accoutumé. Les convives étaient au nombre de 123, parmi lesquels un certain nombre venus de province, par exemple MM. Fredet, de Clermont; Turgis, de Falaise; Yan K'Guistel, de Guérande; Drouin, du Mans; Diday, de Lyon; Ferras, de Luchon; Flurin et Sénac-Lagrange, de Cauterets; Geffrier, d'Orléans, sans compter de nombreux collègues des environs de Paris. Parmi les Parisiens, nous citerons avec le professeur Hardy, président de l'Association des internes, qui restera longtemps encore un de nos plus jeunes et de nos plus spirituels collègues, MM. Polaillon, Th. Anger, Albert Robin, Gilbert Ballet, Richelot, Cazelles, conseiller d'Etat, Magnan, Lucas Championnière, Sevestre, Moutard-Martin, Horteloup, Joffroy, Hallopeau.

Le président, M. Hardy, a porté son toast habituel « à l'internat », dont nous sommes heureux de pouvoir reproduire les termes :

Messieurs les internes,

Avant de lever notre séance gastronomique, je vous propose notre toast habituel : à l'internat, aux internes et particulièrement à ceux qui sont venus avec nous célébrer la fête de l'internat, aux anciens qui ont abandonné leurs occupations, quelques-uns même leur pays, pour revoir d'anciens camarades et pour se souvenir avec eux du temps heureux de leur jeunesse passé dans les hôpitaux de Paris, aux jeunes, aux internes en exercice, qui sont venus, en portant ici l'entrain et la gaieté, se joindre à leurs aînés pour donner un exemple de l'union et de la solidarité qui unit tous les membres de la belle famille de l'internat.

Dans la journée, messieurs, nous nous sommes occupés des intérêts moraux et professionnels des internes; nous avons agité des questions importantes et particulièrement celle du nombre toujours croissant des places d'internes données chaque année au concours, fait qui peut diminuer la valeur de notre titre; mais nous ne sommes pas les maîtres de changer ce qui nous paraît défectueux, et nous avons seulement résolu d'appeler sur ce point l'attention de notre souveraine, de l'administration, cette chose complexe, quelquefois bienveillante, mais parfois aussi plus puissante qu'éclairée, ainsi que nous l'avons vu pour l'internat des femmes.

Je ne veux pas vous importuner de choses sérieuses, nous sommes ici ce soir pour avoir le plaisir d'être ensemble et tout serait à la joie,

si je n'avais le devoir de rappeler à vos souvenirs et à vos regrets ceux de nos collègues qui ont succombé cette année. Je n'ai pas la douleur de vous signaler la perte toujours si pénible d'internes en exercice, épargnés cette fois par la diphtérite et la fièvre typhoïde, leurs ennemis naturels; mais parmi les anciens nos morts ont été nombreux.

Je commence par les maîtres : nous avons vu disparaître, depuis l'an dernier, deux de nos collègues les plus distingués, Gosselin et Vulpian, qui s'étaient élevés graduellement de l'internat aux plus hautes positions de la carrière médicale, tous deux professeurs à la Faculté de médecine, tous deux membres de l'Institut. Le premier, Gosselin, a occupé un des premiers rangs dans la chirurgie française et fut un des professeurs les plus suivis. Sous une enveloppe peut-être un peu épaisse, il réunissait à ses connaissances scientifiques un esprit fier, un jugement solide et une amabilité de caractère incontestable. Quant à Vulpian, plus sévère, plus réservé, mais aussi distingué, il s'est montré supérieur dans toutes les hautes positions qu'il a occupées, comme médecin des hôpitaux, comme professeur, puis comme doyen de notre Faculté, comme membre et comme secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Il a eu la gloire d'inaugurer à Paris les cours de physiologie expérimentale. D'une mauvaise santé altérée par le travail et par des chagrins de famille, il est mort jeune encore, enlevé à l'affection et à l'estime de tous ceux qui l'ont connu.

Nous avons perdu encore trois médecins des hôpitaux de Paris, Bernuts et Martineau, tous deux connus par des travaux importants de gynécologie, Liouville qui, après avoir été reçu agrégé et médecin du bureau central, avait abandonné la médecine pour la politique.

Liouville et Martineau étaient jeunes et sont morts dans la force de l'âge, je ne puis en dire autant de Rousseau, nommé premier interne en l'année 1815, et mort dans son pays, à Épernay, dans un âge très avancé, il était, je pense, le doyen d'âge de l'internat. Il est remplacé maintenant, dans cette position peu enviable, par notre illustre collègue Ricord, interne de 1822, qui aurait bien voulu prendre part à notre banquet et qui m'écrit en me demandant de vous faire part de ses regrets de ne pouvoir être des nôtres.

Parmi nos disparus, je vous citerai encore les noms de Réau, de Mauvezin, de Gaulejac, de Henri Legendre, de Lala, de Henri Léger, de Constantin James, de Chausit, élève et gendre de Cazenave, et celui de Blot, accoucheur distingué, agrégé et membre de l'Académie de médecine, qui eut à Paris, pendant plusieurs années, une clientèle nombreuse et élevée.

Mais je dois une mention toute particulière à Bassereau, interne de 1835, qui eut le mérite de signaler le premier la différence de nature qui existe entre les ulcérations chancreuses simples et le chancre syphilitique infectant. Malgré cette découverte importante pour le pronostic et pour le traitement des maladies vénériennes, Bassereau resta un praticien honorable, mais peu connu et peu récompensé, et son titre officiel le plus considérable fut toujours celui d'ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il y a quelques semaines, je revenais à Paris, après un voyage fait en Auvergne pour voir un malade, lorsqu'un heureux hasard me faisait rencontrer dans un wagon de chemin de fer un de mes anciens élèves pour lequel j'avais autant d'estime que d'affection, c'était Vibert, du Puy. Il me parlait de ses succès, de la haute position qu'il occupait dans son département et dans les pays voisins, comme médecin et comme chirurgien, je le voyais plein de force et de santé, en nous quittant nous nous donnions rendez-vous à ce banquet d'aujourd'hui, dont il était chaque année un des plus fidèles convives, et il y a quelques jours j'apprenais qu'il venait d'être enlevé rapidement et prématurément à l'affection de sa famille et de ses nombreux amis.

Mais, Messieurs, après ces hommages rendus aux collègues que nous ne devons plus revoir, rappelons-nous le but de notre réunion, reprenons nos conversations amicales et permettez-moi de répéter mon toast : *à l'internat, à l'union des internes.*

D'autres toasts ont été portés : par l'interne reçu le premier au dernier concours, M. Guillemin, par M. Diday, de Lyon, par M. Richelot, puis les conversations ont continué longtemps encore, en souvenir des bonnes journées d'autrefois. A. Ch.

NÉCROLOGIE

Le docteur Joseph-Gaspard de Robert de Latour, membre et ancien président de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé à Saint-Cloud (Seine-et-Oise), à l'âge de 86 ans.

NOUVELLES

Le secret professionnel. — Le tribunal civil de Dôle vient de juger une affaire qui a eu un certain retentissement dans le Jura. Voici, en quelques mots, le résumé des faits :

Le Dr R... tient à Dôle une maison de santé. Il a eu comme pensionnaire, du 31 mai au 6 juin 1887, une dame X..., qui parvint à s'évader après dix jours de traitement.

Après son évasion, Mme X... fut soumise à l'examen de trois spécialistes, conformément à une ordonnance du tribunal de Dôle. Ces trois médecins déclarèrent, dans leur rapport, que Mme X... ne devait pas être réintégrée dans la maison de santé du Dr R..., son état ne présentant aucun danger pour la société.

Le Dr R... fit alors paraître une brochure intitulée : *Observations sur la manie raisonnante*, dans laquelle Mme X... était suffisamment désignée pour que le parquet poursuivît d'office l'auteur pour violation du secret professionnel. C'est dans ces conditions que l'affaire est venue devant le tribunal de Dôle. M. Billot, procureur de la République, a requis une condamnation.

Me Rougé, du barreau de Dijon, soutenait les intérêts de Mme X..., qui s'était portée partie civile.

Le Dr R..., qui, dit-on, s'était tout d'abord adressé à Me Thévenet, député du Rhône, était défendu par Me Harent, du barreau de Lyon.

Le tribunal, reconnaissant le Dr R... coupable du délit de violation du secret professionnel, l'a condamné à 200 francs d'amende et 2,000 francs de dommages-intérêts.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous sommes heureux d'annoncer la publication d'une nouvelle *Revue sur les maladies du système nerveux*. Publiée sous la direction de M. le professeur Charcot, avec la collaboration de MM. Paul Richer, Gilles de la Tourette et Albert Londe, la nouvelle iconographie de la Salpêtrière (Clinique des maladies du système nerveux) a pour but de mettre à profit les nombreux documents figurés qui journellement s'accumulent dans les albums de la Salpêtrière.

Il est inutile d'insister sur l'importance des travaux de l'école de la Salpêtrière.

Sous l'impulsion de M. le professeur Charcot, les travaux inspirés à ses élèves ont créé un enseignement nouveau, célèbre aujourd'hui dans le monde entier.

M. Paul Richer a apporté à l'illustration des travaux de son maître un talent artistique hors ligne.

Nous retrouverons ces qualités dans le premier numéro qui contient de nombreux dessins et une série de planches. Elles feront de ce recueil une des plus intéressantes publications de l'époque actuelle. Nous adressons nos sincères félicitations à la Rédaction en lui souhaitant un succès qui ne fait de doute pour personne.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 12 avril, à 8 heures 1/2 du soir, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour. — 1° M. MÉRY : Observations de perforation intestinale, au cours d'ulcérations urémiques.

2° M. ISCOVESCO : Observation d'angine grave.

3° M. DEMELIN : Observation de néphrotomie.

4° M. BALZER : Élimination du mercure par les urines.

5° M. Paul BLOCQ : Maladie de Friedreich.

ECOLE PRATIQUE. — M. le Dr Dareste, directeur du laboratoire de Té-

ratologie commencera ses conférences pratiques d'Embryogénie normale et tératologique, le mardi 10 avril, à 4 heures, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure, au laboratoire de Tératologie (Bâtiment du musée Dupuytren).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER

Sur la pathogénie des accidents nerveux, consécutif aux explosions de grisou, par Paul GANDIN. In-8°, 2 fr.

De l'hystérie alcoolique, par le Dr DREYFOUS. In-8°, 1 fr. 50.

Du catarrhe chronique hypertrophique et atrophique des fosses nasales, de l'ozène, obstruction catarrhale des trompes d'Eustache, végétations adénoïdes du pharynx, traitement par la galvano-caustique chimique, par le Dr GARRIGOU-DESARÈNES. 1 vol. in-8° avec 34 figures intercalées dans le texte, 5 fr.

Eléments de pathologie chirurgicale générale, par le professeur BAUDRY, second et dernier fascicule. 1 vol. in-8°, 7 fr.

M. E. DELORME, professeur de clinique chirurgicale et de blessures de guerre au Val-de-Grâce, vient de publier, chez l'éditeur Félix ALCAN, le premier volume d'un important **Traité de chirurgie de guerre**.

Ce livre commence par une introduction très développée dans laquelle l'auteur, tout en rappelant l'action exercée par les chirurgiens militaires français sur les progrès de la chirurgie en général et de la chirurgie d'armée en particulier, montre en outre les causes persistantes et multiples qui, à la guerre, influencent les résultats des traitements et les modifient souvent d'une façon profonde.

Après une description très détaillée des *projectiles* actuellement en usage tant dans l'armée française que dans les autres armées en Europe et l'analyse des causes qui en modifient la puissance vulnérante, M. Delorme aborde l'histoire générale des *plaies des parties molles* et de leurs complications immédiates et secondaires.

L'auteur annonce pour la fin de l'année le second volume qui complètera l'ouvrage et dans lequel il traitera les *traumatismes des os* et les *lésions des articulations*, et terminera par l'exposé du *fonctionnement de la chirurgie militaire en campagne*.

Le premier tome forme un beau volume in-8 de près de 700 pages avec de nombreuses figures dans le texte, et une planche en chromo-lithographie.

Prix : 16 fr.; Félix ALCAN, éditeur.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 43. Jeudi 12 Avril 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. Delahaye et E. Lecrosnier
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 43 Jeudi 12 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 11 *avril* 1888

L'Académie a terminé la discussion du projet relatif à la prophylaxie publique de la syphilis, mais la question n'en reste pas moins à l'ordre du jour et, dans la séance d'hier, le plus spirituel des syphiligraphes, M. Diday, de Lyon, est venu lire sur ce sujet un travail très écouté. C'est la physiologie de l'homme qui veut *faire une femme* et qui, selon ses goûts ou la périodicité de ses besoins, s'adresse à divers fournisseurs.

Autrefois il y avait deux sortes de prostitution, celle des maisons de tolérance, la prostitution fermée, et la prostitution de la rue, prostitution ouverte. Depuis, les progrès de la civilisation ont fait naître une troisième forme, la prostitution entr'ouverte, qui s'exerce particulièrement dans les brasseries de femmes.

La prostitution de la rue n'a pas de clientèle assurée, elle n'a que du casuel ; la prostitution des maisons de tolérance s'adresse plus spécialement à quatre catégories d'individus : les indifférents, auxquels importe peu la qualité de la marchandise, les curieux, les honteux, enfin les timides à l'excès.

La prostitution entr'ouverte a pour elle la facilité de l'accès, toutes les libertés qu'on ne trouve pas ailleurs et surtout un attrait particulier qui fait que la plupart des braves gens qui vont là y cherchent surtout une aventure. Si vous forcez ces dames à se faire inscrire sur les registres de la prostitution comme de simples filles publiques, vous leur enlevez tout leur charme, tout l'attrait d'imprévu qu'on leur demande, et leur clientèle les abandonne. Elles-mêmes, dit M. Diday, quitteront les temples où elles exerçaient en pleine lumière et elles iront porter ailleurs leur industrie, dans des réduits sombres où il sera difficile à la police de les surveiller et de les poursuivre.

A Lyon, les choses se passent d'une façon bien plus raisonnable ; les jeunes personnes qui ont pour mission de servir aux Lyonnais des rafraîchissements de toutes sortes doivent fournir tous les trois mois

un certificat de bonne vie et mœurs, un certificat de santé, sous peine d'une amende dont les patrons d'établissements sont responsables.

Lyon est toujours la ville de progrès qu'il est difficile de suivre, et si Paris tient à garder le titre de première ville de France, il ne lui reste plus qu'à exiger de toutes les filles de brasserie le certificat auquel Mlle Jane May doit le plus pur de sa gloire.

M. Johannès Chatin a traité hier d'un sujet qui, relativement surtout au précédent, n'a du paradoxe que le nom, le strongle paradoxal chez l'homme ; M. Tardieu a exposé les résultats et les avantages de la découverte qu'il avait faite de la présence du fluor dans les eaux du Mont-Dore ; et c'est au fluor que ces eaux devraient surtout leurs propriétés ; mais nous signalerons surtout l'intéressante discussion suscitée par M. Worms à propos d'une nouvelle substance, le sucre de houille ou saccharine, qui peut devenir pour nos agriculteurs et pour nos fabricants de sucre une cause de ruine si on n'y met bon ordre. Cette substance est, comme l'antipyrine, une spécialité fabriquée par une seule usine allemande, et M. Worms s'est patriotiquement attaché à montrer les inconvénients hygiéniques que pourrait présenter son introduction dans la thérapeutique et dans l'économie domestique.

A. Ch.

Hôtel-Dieu. — M. le professeur Richet.

Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe.

Leçons cliniques recueillies par le Dr P. Bazy (1),
Ex-chef de clinique chirurgicale,
Chirurgien des hôpitaux.

Fragment d'os introduit par mégarde dans l'œsophage et non accusé par le patient; ouverture de la carotide primitive par la pointe très aiguë du corps étranger et mort subite par hémorrhagie.

Un jeune soldat entre à l'hôpital militaire du Dey, à Alger, dans un service de *fiévreux*. Il me paraît suffisamment intelligent et présente toutes les apparences d'une très bonne santé ; pas le plus léger trouble, ni du côté de la circulation, ni du côté de la respiration ; la température est normale, la physionomie est parfaitement tranquille ; nul signe de malaise, l'appétit est conservé et la soif n'a pas augmenté. Le jeune homme ne se plaint ni de douleur dans la région

(1) Voir *France médicale* n. 37, 27 mars, p. 369.

sous-hyoïdienne, ni de gêne dans la déglutition ; il accuse seulement une douleur assez vive à la région épigastrique.

Dans ces circonstances, un diagnostic un peu rationnel me parut difficile et je fis en conséquence de la médecine expectante, c'est-à-dire à peu près rien.

Deux jours se passèrent ainsi, sans que je visse survenir le moindre changement.

Le troisième jour, à la visite du matin, je constatai que les choses étaient dans le même état. Cependant j'étais encore dans la salle quand on vint m'annoncer la mort subite du soldat qui est le sujet de cette observation.

L'autopsie me révéla la cause de la mort. Je trouvai dans l'œsophage, à la région cervicale, un fragment d'os entièrement formé de tissu compact, de la grandeur, de la forme et presque de l'épaisseur d'une épiglotte d'adulte complètement séparée des organes auxquels elle adhère. La pointe du corps étranger, très aiguë, à bords minces et tranchants, après avoir traversé, c'est-à-dire percé l'œsophage à droite, avait ouvert la carotide primitive du même côté et causé une hémorrhagie foudroyante. Le fragment d'os était placé de champ, en travers, disposition qui explique la possibilité de la déglutition dans ce cas. En effet, les aliments et les boissons pouvaient arriver presque dans l'estomac en passant en avant et en arrière du corps étranger qui était large mais mince.

Cette observation doit suggérer quelques réflexions :

Est-il possible d'admettre qu'un homme intelligent puisse introduire par mégarde dans son œsophage, sans en avoir conscience, un fragment d'os comme celui que je viens de décrire ? Est-il possible qu'un tel corps étranger, introduit dans l'œsophage, arrêté dans la région cervicale et blessant les tissus, ne détermine pas de douleur locale, mais seulement une douleur éloignée du siège de la blessure, une douleur à la région épigastrique ?

Peut-on supposer avec quelque apparence de raison que le jeune soldat a volontairement caché l'accident qui lui était arrivé pour ne pas passer pour un glouton, ou pour n'avoir pas à subir les manœuvres de l'extraction du corps étranger ou celles de son refoulement dans l'estomac ?

Si cette observation ne démontre pas d'une manière péremptoire qu'un homme doué de la plénitude de ses facultés intellectuelles peut avoir dans l'œsophage, sans s'en douter, un corps étranger d'une assez forte dimension, elle démontre au moins la nécessité d'une prompte intervention chirurgicale lorsqu'on a constaté qu'un corps étranger insoluble, dur, volumineux, à formes irrégulières et pouvant blesser les tissus, est arrêté dans l'œsophage.

Si nous avions connu la présence du fragment d'os dans l'œsophage de notre jeune soldat, quelle aurait dû être notre conduite ?

Immédiatement après l'accident, si le corps étranger avait présenté sa grosse extrémité en haut, on aurait pu tenter, avec quelques chances de succès, de l'extraire par la bouche, avec les instruments appropriés. Si au contraire, la grosse extrémité, l'extrémité arrondie, était alors dirigée en bas, c'eût été le refoulement dans l'estomac qu'on eût pu essayer, à moins qu'on eût pu, à l'aide d'une longue pince recourbée, ou d'un autre instrument analogue, aller saisir le corps étranger par sa pointe et l'extraire par la bouche.

Mais du moment où le fragment d'os était placé transversalement dans la région du cou et avait sa pointe déjà engagée dans les tissus, les manœuvres précédemment indiquées auraient pu hâter la terminaison funeste. Je crois donc que le procédé chirurgical nécessaire pour extraire le corps étranger eût été une opération sanglante : l'œsophagotomie immédiate, l'œsophagotomie d'urgence.

Les cas comme celui que je viens de vous citer sont rares : mais les accidents inflammatoires, les phlegmons consécutifs à la perforation sont loin de l'être. Quand le corps étranger s'est arrêté dans la région cervicale, il peut quelquefois se produire une inflammation circonscrite ; un abcès se forme, s'ouvre à l'extérieur, et le corps étranger peut sortir par l'ouverture. S'il est au contraire arrêté dans la poitrine, les suites sont loin d'être aussi simples ; car ce qui est possible au cou, n'est plus possible à la poitrine, et le malade succombe, presque infailliblement.

La quasi-certitude que l'on a de voir se développer des accidents graves et même mortels doit nous engager, du moment où l'extraction par les voies naturelles n'est plus possible, à le retirer par une voie artificielle, c'est-à-dire en faisant l'œsophagotomie externe.

Si l'on ne réussit pas cette extraction par les voies naturelles, c'est que l'on manœuvre dans un canal courbe qui n'est pas susceptible d'être redressé, et que la place est très limitée.

On a comparé cette extraction à la lithrotritie ; je ne crois pas que la comparaison soit juste ; le canal de l'urèthre peut être redressé, le canal bucco-œsophagien est toujours courbe ; de plus l'œsophage n'est pas une cavité que l'on peut plus ou moins distendre comme la vessie ; c'est un canal contractile dont les parois sont toujours appliquées l'une sur l'autre.

Dans l'œsophagotomie, au contraire, qui est une sorte de taille, on a un trajet beaucoup moins long, on peut introduire des instruments droits, si l'on ne touche pas tout à fait sur le corps étranger, et bien souvent, même quand l'incision est au-dessus de lui, on peut l'atteindre et le saisir avec les doigts ; c'est ce que j'espère faire ici.

Bien plus, les tentatives d'extraction par les voies naturelles déterminent à bref délai un spasme, une angoisse telle qu'on est obligé de s'arrêter et de retirer l'instrument. Avec l'œsophagotomie, au contraire, ces accidents ne sont pas à craindre, puisqu'on endort les malades ; on a tout le temps nécessaire pour bien exécuter les manœuvres, et toute liberté pour les conduire à bien.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *avril* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. Duguet qui se porte candidat dans la section de pathologie médicale ; 2° des lettres de MM. Yvon et Beauregard, candidats dans la section de pharmacie ; 3° une lettre de M. le Dr Ripault, accompagnant l'envoi d'un mémoire sur l'action réciproque des pôles ; 4° une lettre de M. le Dr Charnaux, de Vichy, qui adresse une note manuscrite relative à l'action de la présure du lait sur les fonctions digestives chez les diabétiques et les goutteux.

M. *Le Fort* présente, de la part de M. le professeur Krassowski, correspondant de l'Académie à Saint-Pétersbourg, une note manuscrite sur les sept opérations césariennes faites par lui à la Maternité de cette ville de 1885 à 1887.

LE STRONGLE PARADOXAL CHEZ L'HOMME. — M. *Johannès Chatin* présente à l'Académie un helminthe qui lui a été envoyé par un pharmacien d'Oloron et qui a été recueilli dans les déjections d'un malade chez lequel il avait déterminé des troubles gastro-intestinaux.

ASSAINISSEMENT MÉTHODIQUE DE LA PROSTITUTION. — M. *Diday* (de Lyon) ne fait pas fi des nouvelles armes que l'on pourrait donner aux pouvoirs publics, mais on peut se servir des moyens qui existent déjà. La transformation de nos mœurs, en créant de nouveaux besoins, a nécessité une nouvelle organisation des moyens propres à y satisfaire. La prostitution ne s'exerçait autrefois que dans les maisons de tolérance, c'était la prostitution fermée, ou bien partout, c'était la prostitution ouverte. Il y a aujourd'hui la prostitution entre-ouverte, par exemple celle des brasseries à filles. L'inscription va à l'encontre du rôle de sauvegarde sociale que doit remplir la prostitution ; de plus elle tend à augmenter la fréquence des maladies vénériennes. M. Diday va chercher à démontrer ces deux paradoxes.

La prostitution clandestine n'a pas de clientèle, elle n'a que du casuel, mais il reste les maisons de tolérance et les brasseries à filles. Entre ces deux sortes d'établissements, qui sont absolument

semblables, quant à leur recrutement féminin, quelle est la différence dans leur achalandage masculin ? Ce que les hommes demandent aux prostituées est toujours la même chose, mais ils sont poussés par divers attraits. Aux maisons de tolérance s'adressent quatre sortes d'individus : ceux qui sont *indifférents*, ceux qui son simplement *curieux*, ceux qui sont *honteux*, enfin ceux qui sont *timorés à l'excès*.

La brasserie à filles a pour elle la facilité de l'accès, le rez-de-chaussée, toutes les libertés qu'on ne trouve que là, liberté de s'abstenir même au dernier moment, mais les clients de ces établissements y cherchent autre chose: même dans cette fange, ils voient une aventure.

Le rôle de l'administration est de surveiller ces établissements, notre rôle à nous est de les assainir. Si vous appliquez la règle commune aux brasseries à filles, si vous les forcez à s'inscrire, on n'y ira plus, cette marchandise deviendra répugnante pour les clients de la seconde catégorie. Les vendeuses ainsi chassées du temple iront ailleurs, dans des temples obscurs où aucun rayon ne pénètre.

A Lyon, dans les brasseries à filles, on demande aux candidates un certificat de bonne vie et mœurs, un certificat de santé datant de moins de trois mois; les filles doivent avoir ce certificat sous peine d'amende. Les patrons sont responsables. M. Diday voudrait donc que l'on adoptât un article ainsi conçu : « Toute fille servant dans un établissement, non munie d'un certificat de santé renouvelable, motivera une mesure prise contre son patron. » On pourrait obliger les patrons à renvoyer les filles qui ne seraient pas en règle, ce qui serait pour eux une ruine relative ; et en somme les patrons ont tout intérêt à ce que les filles ne soient pas syphilitiques.

Dans les maisons de tolérance, toute fille amenée à la visite devrait être soumise pendant deux heures à une surveillance incessante avant d'être examinée, de manière à les empêcher de faire disparaître les traces de leur blennorrhagie.

M. Diday formulait ainsi un troisième article. « A époques déterminées, deux ou trois fois l'an, un spécialiste de haute notoriété et de facultés visuelles indiscutablement conservées fera l'inspection dans les différents centres. »

En attendant la loi, nous ne pouvons mieux faire que de préparer le terrain aux législateurs, et pour cela le meilleur moyen est d'analyser les mobiles qui poussent les hommes et par lesquels on peut les diriger. Les mœurs bien étudiées préparent les lois efficaces.

Du sucre de houille. Saccharine.—M. *Worms*, dans la première partie de son travail passe en revue l'histoire de cette substance dont

il a été beaucoup question dans ces derniers temps, il rappelle sa découverte due à Falberg en 1879, son extraction du goudron de houille que l'on transforme en toluol par distillation, lequel subit successivement l'action de l'acide sulfurique, du trichlorure de phosphore, de l'amoniaque, permanganate de potasse et enfin de l'acide chlorhydrique.

Le corps nouveau ainsi obtenu après une longue et difficile préparation est l'acide ortho-sulfamino-benzoïque ou sulfinide benzoïque, sa formule est :

$$C^6 H^4 < {So \atop Co} > Az H.$$

La saccharine, qu'il ne faut pas confondre avec un corps auquel M. Péligot avait antérieurement donné le même nom et qui résulte de l'action de la chaux sur la glycose, et dont l'amertume est un des caractères distinctifs, se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristallisable, à peine soluble dans l'eau froide (0 gr. 15 cent. pour 100 gr.) soluble dans l'eau bouillante, dans l'alcool et dans l'éther; la saccharine est un acide qui, se combinant avec la soude et la potasse, constitue des sels presqu'entièrement solubles.

La saccharine a une puissance édulcorante égale à 280 fois celle du sucre, la présence d'un gramme de saccharine donne un goût sucré appréciable à 70 litres d'eau distillée.

Des expériences nombreuses ont été entreprises pour rechercher l'action de la saccharine sur les divers stades de la digestion.

Ce sont deux médecins de Turin, Aducco et Musso, et Salkowski de Berlin, qui ont démontré le pouvoir antifermentescible de la saccharine tant pour le glucose que pour l'urine, elle retarde également la décomposition des infusions pancréatiques et celle du lait.

L'addition de 0,16 — 0,032 p. 100 de saccharine retarde la peptonisation de l'albumine sans cependant l'arrêter complètement.

Une addition de 0. 0064 p. 100 semble être sans influence sur cette action.

La salive saccharinée à 0,32 p. 100 perd une partie de son activité saccharifiante sur l'amidon.

Les expériences d'alimentation par les substances saccharinées ont démontré qu'en général les animaux ne souffrent point de cette addition, quelques-uns cependant s'y sont refusés au bout d'un cer tain nombre de jours. Certains insectes, les mouches, les guêpes, les abeilles se refusent absolument à goûter à des substances additionnées de saccharine. Parmi les applications de cette substance à la médecine, une des plus intéressantes était la perspective de rendre aux diabétiques la possibilité de prendre des aliments et des liquides sucrés, sans crainte d'augmenter la glycosurie; la saccharine, en effet, n'est pas un sucre, elle ne réduit pas la liqueur de Fehling, elle

ne dévie pas la lumière polarisée (à droite et d'ailleurs elle passe, pour ainsi dire, sans modification aucune à travers l'organisme.

On retrouve dans l'urine, à laquelle la saccharine communique un goût sucré, pour ainsi dire la totalité de ce qui a été ingéré de cette substance.

Lyndn à Berlin, Abeles à Carlsbad disent n'avoir constaté aucun inconvénient de l'addition d'une dose de 0, 10 centigr. aux aliments et aux liquides administrés aux diabétiques.

Tel n'a pas été le résultat obtenu par d'autres expérimentateurs étrangers; en définitive, malgré les expériences faites sur les animaux et dans les laboratoires de chimie, la question de savoir si la saccharine est indigeste ou non restait en suspend.

Les résultats des expériences de M. Worms ne sont pas encourageants; il a administré la saccharine sous diverses formes à la dose de 0 gr, 10 par jour à quatre personnes atteintes de diabète à divers degrés. Une seule, qui en prend depuis deux mois, n'en a éprouvé aucun inconvénient, les trois autres ont dû y renoncer au bout de quinze jours; en raison de ce que leur appétit diminuait, et qu'il était survenu des troubles sérieux de la digestion, un sentiment de pression pénible à l'estomac, qui ont disparu que huit jours après la cessation de l'administration de la saccharine.

Sur l'une de ces trois personnes, son emploi a été repris au bout d'un mois et a provoqué des troubles identiques au bout de dix jours.

En présence de résultats aussi fâcheux, il n'était pas prudent d'exposer d'autres personnes à un malaise possible. Cela eût été d'autant plus répréhensible qu'une des conditions essentielles du traitement des diabétiques est de maintenir intacte leur nutrition.

Il y a donc certainement un risque à admettre la saccharine dans l'alimentation des diabétiques et on doit le faire avec les plus grandes précautions.

On peut afférer de ce résultat que l'emploi de la saccharine dans l'alimentation en général, en y introduisant une substance indigeste pour un certain nombre de personnes, pourra avoir des conséquences fâcheuses pour la santé publique.

Il se fait en ce moment de grands efforts pour opérer la substitution de la saccharine au sucre dans une foule d'usages tels que l'adoucissement des vins aigres, l'édulcoration de la glucose, la fabrication des sirops, etc., etc... Les propriétaires des brevets pour l'exploitation de la saccharine, MM. Fahlberg et List, dont l'usine est à Salbke, Westerhusen, en Prusse, la livrent actuellement au commerce au prix de 130 francs le kilog.

Etant donné qu'un gramme de saccharine a un pouvoir édulcoran

égal à 280 grammes de sucre, la dépense pour édulcorer 280 grammes de liquide serait de 0 fr. 28 par le sucre, au prix de 1 franc le kilogr., tandis qu'elle ne serait que de 0 fr. 18 par la saccharine — 50 p. 100 moins chère. En raison de cette économie pour le consommateur, l'usage de cette substance, si elle est inoffensive, remplacera le sucre de canne et de betterave à bref délai; et d'autant plus sûrement que son prix de revient peut s'abaisser notablement, toute la question est donc de savoir si elle est digestible ou indigeste. M. Worms incline à penser qu'elle est indigeste et par conséquent nocive.

Il appartient donc à l'hygiéniste d'établir dans quelle mesure la santé publique n'est pas menacée par l'introduction et par la propagation de ce nouveau produit.

La vigilance des pouvoirs publics, d'autre part, ne manquera pas de sauvegarder les intérêts matériels du pays.

M. *Dujardin-Beaumetz* a donné à ses malades des doses de saccharine variant de 6 à 10 centigrammes par jour sans observer les accidents indiqués par M. Worms. La pureté de la saccharine peut donc jouer un rôle à ce point de vue. De plus, lorsqu'on a affaire à des oxyphénols ou à des phénols, il faut avoir égard à l'imperméabilité du rein. Il faudrait pour cela faire des expériences sur l'homme et sur les animaux.

Au prix de 125 francs le kilog., avec son pouvoir sucrant excessif, la saccharine présente aujourd'hui un avantage considérable sur le sucre. Ce sucre de houille sort de l'économie à l'état de saccharine. Il est surtout employé par les confituriers qui avaient déjà trouvé le moyen de supprimer dans les confitures les fruits; si maintenant, ils suppriment le sucre, que restera-t-il? Comme, d'autre part, la saccharine ne paie pas de droit fiscal, il faut appeler l'attention des pouvoirs publics sur ce point très important.

M. *C. Paul.* La Société de thérapeutique s'est occupée de cette question. La saccharine sortant par les urines sans aucune modification, c'est un moyen de pouvoir sucrer sans inconvénient les boissons de diabétiques, mais dans les liqueurs, on ne peut pas se tromper à cause de la densité que donne au liquide le sucre ordinaire.

M. *Worms.* La saccharine est, comme l'antipyrine, la propriété exclusive d'une usine allemande; la formule du médicament est très compliquée et il est impossible de vérifier la pureté du produit.

Du fluor dans les eaux thermales du Mont-Dore. — M. *Tardieu* montre que les eaux du Mont-Dore contiennent du fluor, surtout celles de quelques sources, par la corrosion que ces eaux provoquent sur les verres à boire et il leur attribue l'heureuse influence

des salles d'inhalation. Le fluor est d'ailleurs très commun dans le massif montagneux du Mont-Dore.

M. Tardieu croit que le fluor est le principe le plus actif des eaux du Mont-Dore (Comm. des eaux minérales).

DES RAPPORTS DE LA RAGE TANACÉTIQUE ET DE LA RAGE VIRULENTE OU VRAIE RAGE. — M. *Peyraud* (de Libourne) communique à l'Académie ses nouvelles recherches sur la rage provoquée par l'essence de tanaisie (Comm. MM. Dujardin-Beaumetz, Gauthier, Trasbot).

La séance est levée à 5 heures.

BIBLIOGRAPHIE

LA GOUTTE ET SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES DU FOIE ET DES REINS, par le Dr *Robson Roose*, traduit d'après la 3e édition anglaise par le Dr *L. Deniau* (Paris, 1887, in-18, 191 pages, O. Doin éditeur).

Cet ouvrage est un exposé court et précis des différentes théories anglaises sur la nature de la goutte et représente le résultat des observations cliniques multiples auxquelles s'est livré le Dr Robson Roose à l'égard de la dyscrasie goutteuse dans ses manifestations les plus variées.

Qu'est-ce donc que la goutte ? C'est, nous dit l'auteur, qui adopte sur ce point les expressions et la classification de Cullen, une maladie héréditaire dont l'apparition n'est subordonnée à aucune cause extérieure apparente, généralement précédée par une affection de l'estomac, caractérisée par de la fièvre, par de la douleur dans l'une des articulations, généralement dans celle du gros orteil, affectant de préférence les articulations des pieds et des mains, revenant par intervalles et alternant souvent avec des troubles de l'estomac ou d'autres organes internes. La goutte peut d'ailleurs se présenter sous différentes formes. Dans la *forme régulière*, elle est caractérisée « par une inflammation violente, étendue, des articulations, inflammation persistant pendant plusieurs jours et s'atteignant graduellement en s'accompagnant de gonflement, de prurit local et de desquamation de la surface tégumentaire de la région affectée. »

La *goutte atonique* est celle « dans laquelle, concurremment à des troubles de l'estomac ou de quelque autre organe interne, l'inflammation normale des articulations manque ou se limite à des douleurs très légères et fugaces, en quelque sorte avortées et alternant souvent avec de la dyspepsie ou d'autres symptômes morbides provoqués par le débilité de l'organisme. »

Dans la goutte *rétrocédée* « l'inflammation des articulations, d'abord normalement développée, disparaît soudain pour faire place

bientôt à des symptômes d'atonie de l'estomac ou de quelque autre organe interne. »

Enfin dans la forme *erratique*, « il existe une inflammation de quelqu'un des viscères précédée dans certains cas d'une inflammation des jointures qui disparaît rapidement. »

Mais quelle que soit la forme qu'effecte l'attaque de goutte, elle s'accompagne d'autres symptômes suffisamment évidents pour se développer avec intensité au cours de l'accès, mais surtout dans l'intervalle de ces attaques, ce sont surtout des troubles hépatiques, de la dyspepsie et de la gravelle.

Le Dr Robson Roose insiste tout particulièrement sur les troubles plus ou moins prononcés du foie ou de l'estomac ou des deux organes à la fois, troubles qui précèdent presque toujours l'attaque de goutte, et qui, suivant l'auteur, ont une grande importance en ce qui concerne l'étiologie de la maladie.

Quel est en effet le substratum anatomique, le *materies morbi* de la goutte ? L'urate de soude ; il y a dans le sang des quantités anormales d'urate de soude.

L'auteur se refuse en effet à admettre l'origine névropathique de la goutte : « Je ne demande pas mieux, dit-il, que d'admettre que, derrière bon nombre de symptômes, il y a un trouble du symptôme nerveux ; mais ces derniers sont dus à l'action toxique sur les centres nerveux des matériaux excrémentitiels engendrés dans le sang par les transformations métaboliques imparfaites. Les névroses variées qui tourmentent souvent les sujets goutteux dépendent probablement d'une cause analogue. En tout cas l'hypothèse de lésions nerveuses antécédentes n'a pour elle aucun fait démonstratif. » L'acide urique sous forme d'urate de soude constitue le *materies morbi* de la goutte, sa production en excès est le fruit d'une transformation de substances albuminoïdes, et la cause de cette imperfection est en grande partie due *au trouble fonctionnel de la glande hépatique*. Quant aux reins, ils ne sont impliqués dans les lésions que d'une façon secondaire, bien que les attaques franches de goutte puissent être conjurées aussi longtemps que le fonctionnement rénal est adéquate au travail d'élimination de cet acide urique en excès. Telle est rapidement esquissée la théorie du Dr Robson Roose.

Mais l'auteur ne se borne pas à nous donner quelques considérations générales sur la goutte, sa nature et ses lésions morbides, il ne se borne pas à nous indiquer les différentes théories pathogéniques et les causes de la goutte, il étudie aussi les manifestations irrégulières de cette maladie, accidents viscéraux et cutanés et particulièrement les troubles hépatiques et rénaux.

Quant au traitement de la goutte et des accidents variés qu'elle détermine, il fait l'objet d'un chapitre intéressant qu'on consultera avec fruit et qu'on peut résumer avec le Dr Robson Roose en quelques mots : neutralisation du *materies morbi* à l'aide des alcalins, mais surtout restauration dans leur intégrité des fonctions du foie.

Dr E. Deschamps.

NOUVELLES

Hôpital Saint-Louis. — *Bibliothèque médicale.* — Il vient d'être créé à l'Hôpital Saint-Louis une Bibliothèque médicale, annexée au Musée pathologique de l'hôpital. Cette Bibliothèque, placée sous le patronage de l'administration générale de l'Assistance publique, est librement ouverte au public médical, médecins et élèves. Quoique plus spécialement destinée aux ouvrages relatifs à la dermatologie et à la syphiligraphie elle contiendra cependant les œuvres les plus importantes dans chaque branche des sciences médicales et de nombreux journaux et périodiques français et étrangers. Créée par les soins des médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis, déjà gratifiée de nombreux dons par de généreux confrères, cette bibliothèque peut devenir rapidement, avec le concours du corps médical, un important centre d'études. Nous faisons donc appel à la générosité de tous les médecins français et étrangers et les prions de vouloir bien honorer notre bibliothèque de l'envoi de leurs propres ouvrages et publications, ainsi que des livres et collections dont ils jugeraient à propos de se défaire.

Signé : Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis :
Lailler, Vidal, Besnier, Fournier, Hallopeau, Quinquaud, Péan, Ledentu, Lucas Championnière, Porak, Tennesson.

N. B. — Adresser les ouvrages directement à la Bibliothèque médicale de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris, ou une lettre d'avis, à l'hôpital Saint-Louis, à M. le Dr H. Feulard qui se chargera de les faire prendre à domicile.

Cours libres. — *Thérapeutique hydro-minérale.* — Le Dr P. Boulou-mié a l'honneur de vous informer qu'il commencera son cours de thérapeutique hydro-minérale, le *mardi* 10 *avril, à* 4 *heures*, à l'Ecole pratique de la Faculté, amphithéâtre No 2, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 44. SAMEDI 14 AVRIL 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

5e Année. — Tome I. N° 44. Samedi 14 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HÔTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR RICHET.

Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe.

Leçons cliniques recueillies par le Dr P. BAZY (1),
Ex-chef de clinique chirurgicale,
Chirurgien des hôpitaux.

Fragment d'os introduit par mégarde dans l'œsophage et non accusé par le patient ; ouverture de la carotide primitive par la pointe très aiguë du corps étranger et mort subite par hémorrhagie.

(Suite et fin)

C'est donc l'œsophagotomie externe que nous devrons pratiquer.

L'incision est celle de la ligature de la carotide primitive ; on la fait au niveau de la partie supérieure, de la partie moyenne ou de la partie inférieure de ce vaisseau suivant le point où est placé le corps étranger.

On la pratique aussi pour des rétrécissements de l'œsophage, et pour mon compte, j'ai eu deux fois l'occasion de la faire dans ces conditions et avec plein succès.

Chez notre malade je ferai l'incision à la partie inférieure du cou, parce que vous savez que l'os se trouve situé à l'entrée de la cavité thoracique.

L'incision se fait, comme vous le savez, à gauche, surtout quand on opère en bas, ou à moins de contre-indications spéciales, tenant soit à la situation particulière du corps qu'on peut mieux sentir du côté droit que du côté gauche, soit à l'existence de phénomènes inflammatoires de ce côté qui nécessitent un débridement du phlegmon.

On fait donc l'incision du côté gauche, parce que, comme vous le savez, l'œsophage déborde la trachée du côté gauche et est par conséquent plus accessible aux instruments.

(1) Voir *France médicale* nos 37 et 43.

L'incision doit avoir 6 à 7 centimètres d'étendue, quelquefois plus, si le sujet est gras. On incise la peau, le peaucier, l'aponévrose et on cherche le bord interne de sterno-mastoïdien, on passe dans l'interstice de ce muscle et des cleïdo-hyoïdien et sterno-thyroïdien. On relève en haut l'omo-hyoïdien qu'on est quelquefois obligé de couper, et on met le doigt dans le fond de la plaie pour aller à la recherche de la colonne vertébrale. On a soin de sentir et de laisser en dehors le paquet vasculo-nerveux.

On fait légèrement écarter le paquet en dehors et avec précaution, après l'avoir séparé avec soin de la trachée au moyen de la sonde cannelée ou du doigt.

Ce temps est en général assez facile parce que la trachée et l'œsophage glissent au milieu d'un tissu cellulaire lâche.

Pour découvrir l'œsophage, on peut, soit regarder au fond de la plaie où on peut le voir, soit employer la sonde de Vacca Berlinghieri qui porte un petit ressort latéral destiné à faire saillir la paroi du conduit œsophagien, soit introduire une simple sonde en gomme qui peut servir de guide par la sensation qu'elle donne au doigt.

Dans les deux œsophagotomies que j'ai pratiquées, je n'ai pas eu besoin de sondes conductrices ; j'espère pouvoir m'en passer aujourd'hui, mais nous en aurons à notre disposition en cas de nécessité : nous aurons même la sonde de Vacca Berlingheri.

L'œsophage une fois senti, je l'inciserai sur une étendue de 3 centimètres environ, afin de pouvoir introduire mon doigt et les instruments nécessaires à la saisie du corps étranger.

Comment extraire le corps étranger ? Il ne m'est pas possible de vous le dire au juste ; peut-être le doigt légèrement recourbé en crochet suffira-t-il à le déloger et à le ramener ; si mon doigt ne peut l'atteindre, je serai peut-être obligé de me servir de pinces ; peut-être même, s'il est trop enfoncé dans les parois, serai-je obligé de le couper en deux, afin de pouvoir dégager sans danger les deux extrémités. Vous comprenez qu'il y a là pas mal d'inconnus : on peut faire beaucoup d'hypothèses. Je les ai toutes examinées, et je serai prêt à toute éventualité.

Il va sans dire que la malade sera chloroformée, non seulement parce que l'opération est longue, laborieuse et douloureuse, mais aussi parce que le chloroforme fera cesser les spasmes, ce qui facilitera nos manœuvres.

Je dois ajouter que le chloroforme devra être donné avec prudence et surveillé avec soin, parce que, comme vous le savez, la malade est tuberculeuse ; les sommets des deux poumons sont atteints de lésions qui, pour n'être pas très avancées, n'en sont pas moins évidentes.

Le 25 février, le professeur Richet rendait compte de l'opération :

Je dois, pour ceux d'entre vous qui n'auraient pas pu très bien suivre l'opération, vous rendre compte de ces différents temps.

J'ai fait, le long du bord interne du sterno-mastoïdien, une incision de 7 centimètres commençant à 1 centimètre au-dessus de la fourchette du sternum : après l'incision de la peau, du peaucier et de l'aponévrose, je suis tombé dans le triangle omo-trachéal, dont j'ai agrandi l'aire au moyen de crochets : j'ai glissé le long du bord externe de la trachée et j'ai aperçu un organe rougeâtre, que j'ai pris pour l'œsophage : je l'ai incisé très légèrement, mais voyant qu'il ne sortait que du sang, j'ai vu que ce n'était pas l'œsophage et que j'étais tombé sur le bord externe du corps thyroïde ; je l'ai écarté et j'ai cherché l'œsophage en arrière de lui ; mais en raison de la profondeur de la plaie (on ne se doute pas en effet combien la plaie est profonde) et de la coloration uniformément rouge des tissus, il nous a été impossible de le distinguer. Je me suis alors décidé à introduire une sonde œsophagienne en gomme ; la sonde est passée sans s'arrêter et est arrivée jusque dans l'estomac : je me suis demandé alors si le chloroforme ayant fait cesser les spasmes, le corps étranger ne serait pas tombé tout seul dans l'estomac, ou n'y aurait pas été refoulé par la sonde ; je l'ai retiré sans avoir la moindre sensation de frottement ni de contact. J'ai pris alors un explorateur à boule : j'ai vu alors et toujours au même niveau que les jours précédents, un arrêt, puis la boule est passée ; au retour, j'ai eu une sensation de ressaut caractéristique. J'étais donc sûr que le corps étranger était toujours au même point, et que je pouvais ouvrir l'œsophage : j'ai réintroduit la sonde en gomme qui est passée avec la même facilité ; je l'ai facilement sentie avec mon doigt ; me guidant sur elle, j'ai fait une petite incision que j'ai prolongée en bas pour me rapprocher le plus possible du corps étranger ; nous avons vu aussitôt la muqueuse de l'œsophage que nous avons reconnue à son état lisse et à sa coloration pâle.

J'ai fait prendre les deux lèvres de l'incision œsophagienne avec deux pinces pour les maintenir écartées ; j'ai enlevé le conducteur ; j'ai ensuite introduit le doigt dans l'œsophage et j'ai facilement senti le corps étranger : il était accroché par ses deux extrémités, autour desquelles il pouvait tourner ou pivoter : quand je l'ai senti il était placé de champ ; sa mobilité et sa position m'ont alors expliqué la facilité d'introduction du conducteur. — J'ai aussitôt dégagé une extrémité, et je l'ai pris facilement avec une pince à anneaux, sans que la muqueuse œsophagienne ait été le moins du monde interessée ; elle n'avait pas du reste souffert de sa présence.

Voici cet os : comme vous le voyez, il a la forme d'un triangle dont

un des côtés est très long et les autres courts ; il était accroché par les deux extrémités du long côté ; il pouvait ainsi tourner comme sur deux pivots.

Je me suis alors demandé si je devais fermer la plaie ou la laisser ouverte ; mais pour éviter le passage d'aliments même liquides dans une plaie récente et profonde, j'ai décidé que je la fermerais et, en même temps, pour empêcher tout contact étranger, j'ai placé à demeure une sonde en caoutchouc rouge que j'ai introduite par le nez jusque dans l'œsophage ; cette sonde était destinée à alimenter la malade. Du reste j'étais bien décidé à ne la laisser que le temps strictement nécessaire.

J'ai fermé la plaie œsophagienne avec des serres-fines auxquelles j'ai attaché un fil, afin de pouvoir toujours les retrouver. Enfin la malade a été reconduite à son lit.

Comme vous le savez, messieurs, cette opération a été simple, et sauf l'incident dû au développement du corps thyroïde, elle a marché sans difficulté. J'appelle, messieurs, votre attention sur le développement du corps thyroïde chez la femme : il faudra en tenir compte toutes les fois qu'on aura à exécuter une opération semblable chez la femme; c'est derrière son bord externe qu'il faudra aller chercher l'œsophage : il faudra donc l'écarter quand on arrivera sur lui.

Deux jours après, c'est-à-dire le 20 février, j'ai enlevé les serres-fines, du reste sans difficulté : le lendemain, je constatais que la malade avait un peu de difficulté à respirer. L'auscultation des poumons ne révéla rien qui pût nous en donner l'explication, et j'étais assez porté à mettre cette dyspnée sur le compte de la sonde à demeure, d'autant plus que j'avais présent à l'esprit l'exemple d'une malade opérée pendant les vacances d'un épithélioma de la mâchoire par M. Pozzi, mon remplaçant, et à qui on avait mis, comme je l'ai fait moi-même, une sonde à demeure pour la nourrir. La malade eut à la suite de tels accès de suffocation que mon chef de clinique, M. Bazy, dut lui pratiquer la trachéotomie, dont elle a guéri du reste.

J'attendis néanmoins, pour ma malade, parce qu'il n'y avait pas péril en la demeure ; mais le lendemain 22, je trouvai la malade très anxieuse, la gêne était très grande : l'inspiration était surtout très difficile ; elle avait en un mot les signes d'un œdème sus-laryngien; alors je n'hésitai pas et j'enlevai la sonde. Le soulagement a été presque instantané. Il était donc démontré, pour moi comme pour vous, que la sonde à demeure en caoutchouc rouge n'est pas absolument inoffensive, et qu'elle peut occasionner des accidents. J'insiste aussi, messieurs, parce que, depuis quelques années, on vante les

avantages de la sonde à demeure ; on la considère comme absolument inoffensive. Voilà deux exemples observés à peu de distance qui prouvent le contraire.

Au reste, quel était l'inconvénient qui pouvait résulter de cet enlèvement de la sonde ? Le passage des aliments : mais nous commencions à avoir une plaie dont les parties profondes, c'est-à-dire les parties placées dans la zone dangereuse, étaient en voie d'organisation, et il était facile d'obvier à cet inconvénient en recommandant l'usage du lait qui n'exerce pas d'action nuisible sur les plaies.

Aujourd'hui, nous avons pu constater qu'il ne passe rien par la plaie dans les déglutitions ordinaires, et qu'il faut presser sur ses bords pour faire tomber quelques gouttes de liquide.

Dans tous les cas, l'état local est bon ; pas de réaction inflammatoire ; le creux sus-claviculaire est parfaitement souple.

Donc, pas de craintes pour l'état local : malheureusement je ne pourrais pas en dire autant pour l'état général ; cette femme est phthisique, et il est à craindre que sa phthisie ne ressente le contre-coup de l'opération, et dans tous les cas, qu'elle ne continue à évoluer rapidement.

Un dernier mot en terminant : la voix n'a pas été altérée par l'opération ; le récurrent n'a donc pas été intéressé dans le cours de l'opération ; je dirai même que la voix est plus claire qu'auparavant : car vous savez qu'il est très fréquent d'observer des altérations de la voix dans les cas de corps étrangers de l'œsophage.

La malade a succombé, dans les derniers jours d'avril, aux progrès de la phthisie pulmonaire, et, dans sa leçon du 2 mai, le professeur Richet rendait compte des résultats de l'autopsie et des différentes particularités qu'avait offertes l'état de la malade depuis le 25 février jusqu'à sa mort.

A l'ouverture de la poitrine, nous avons vu que les poumons étaient farcis de tubercules ; il existait de plus des cavernes volumineuses, surtout dans le poumon droit.

L'œsophage était normal ; il a été impossible de trouver le point où l'os s'était fiché dans la muqueuse : il n'y avait pas de cicatrice.

La région opératoire était pour nous intéressante à examiner.

La plaie de l'œsophage ne s'était pas cicatrisée : il restait une ouverture de 2 centimètres d'étendue au moins ; c'était une vraie fistule œsophagienne, mais très large. Tout le trajet compris entre l'œsophage et la plaie était cicatrisé, sauf à la partie inférieure où il restait un long trajet fistuleux excessivement étroit, conduisant de la peau à la fistule œsophagienne. Le pourtour de cette dernière, de même que tout le trajet, étaient tapissés par une membrane granu-

leuse épaisse qui opposait une barrière absolue à toute infiltration de pus, et aussi à celle des aliments liquides, quels qu'ils fussent. Aussi, des aliments que prenait la malade, la plus grande quantité continuait son chemin ; quelques-uns seulement filtraient le long du trajet fistuleux.

Une particularité curieuse à signaler, c'est l'espèce d'opercule que formait le lobe gauche de la thyroïde ; quand la malade était couchée, il s'appliquait alors sur la fistule œsophagienne et semblait l'obturer complètement : il devait dans tous les cas empêcher notablement la sortie des liquides à l'extérieur ; car quand la malade buvait, ce n'était qu'après une ou deux minutes qu'on voyait quelques gouttes de liquide à l'angle inférieur de la plaie extérieure. Les aliments solides même finement triturés mettaient encore plus de temps. Je la faisais boire très souvent au moment des visites, et voyant sortir si peu de chose, je me disais que la fistule œsophagienne devait être très petite et semblable à l'orifice extérieur. Aussi grand a été mon étonnement quand j'ai vu son orifice œsophagien aussi considérable. Evidemment l'application du lobe thyroïdien contre la colonne vertébrale nous donnait l'explication de cette anomalie.

Il n'y avait pas trace d'adhérence entre le corps thyroïde et l'œsophage ; mais les bords de la fistule étaient rosés et granuleux, et si la malade eût été dans un état de santé meilleur, nul doute que cette réunion ne se fût faite.

Que résulte-t-il de tout ceci ? Que l'opération a activé la marche de la phthisie : mais nous ne devions pas hésiter à faire l'opération ; elle rentre dans la catégorie des opérations d'urgence. Il résulte aussi de notre examen que la malade n'est pas morte de son opération. La plaie eût parfaitement guéri si les poumons eussent été sains.

Voilà donc un fait qui doit être porté à l'actif de l'œsophagotomie externe. Si nous ne l'eussions pas faite, ou si nous l'avions retardée, nul doute que la malade n'eût succombé rapidement à un phlegmon gangréneux.

La fistule est-elle la conséquence de l'opération ? Je ne le crois pas ; car son aspect est celui d'une plaie qui ne demande qu'à bourgeonner et à se cicatriser. La cicatrisation a été empêchée par l'état général de la malade.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement du psoriasis par l'iodure de potassium a hautes doses. (*Therapeutic Gazette*, n° 2, 1888.)

Les médecins norvégiens, Dr Greve et Dr Boeck ont recommandé

l'iodure de potassium à hautes doses dans le psoriasis. Le Dr Haslund a confirmé les premiers résultats obtenus par ces médecins à l'hôpital de Copenhague. Ce médicament peut, en effet, être toléré à des doses raiment énormes ; dans un cas, Haslund alla jusqu'à 50 grammes, mais le plus souvent il se contente de 30 à 40 grammes par jour.

Il obtint la guérison complète dans quarante cas, une amélioration très notable dans quatre autres, dans six l'état fut stationnaire, sur les quarante cas, on compte 24 hommes, 3 femmes et 13 enfants au dessous de 15 ans, la durée du traitement varia de 77 jours à 11 semaines, elle fut en moyenne de cinq semaines pour les hommes. Dans 6 cas où la guérison fut rapidement obtenue, l'éruption était chronique et presque généralisée.

L'amélioration commença à se produire à la dose de 7, 8 ou 10 gr.; mais dans un cas elle ne se montra que lorsqu'on eut atteint 45 gram. le Dr Haslund commence le traitement par des doses relativement modérées pour les accroître rapidement. En dépit des doses extraordinaires d'iodure, on n'observa généralement pas d'iodisme ; cependant il fut noté dans dix cas, mais dans un seul avec assez de gravité pour suspendre le traitement. Quelques exemples montrent qu'on ne prescrit pas sans quelque inconvénient de si hautes doses, plusieurs malades souffrirent dans leurs digestions, deux eurent des maux de tête violents et des vertiges, chez un autre le pouls fut irrégulier, dans deux cas, il y eut une légère albuminurie. Une femme de 30 ans, après la première dose, présenta les apparences d'un érysipèle de la face.

Le sang fut examiné trois fois sans qu'on pût saisir une altération quelconque de ce liquide. L'effet le plus apparent de l'iodure à hautes doses fut la rapidité du pouls qui s'élevait de 100 à 130 pulsations après 10 ou 15 jours de traitement. La quantité d'urine était plus ou moins grande suivant les doses, mais l'urée n'était pas accrue. L'iodure de potassium ne paraît exercer aucune influence sur les glandes en général, et, la glande mammaire notamment ne subit aucune diminution dans son volume. Quant aux hypersécrétions, on ne constata que la sialorrhée, on n'eut pas à noter de bronchite ou de catarrhe des voies respiratoires.

Après ces essais, le Dr Haslund se croit autorisé à voir dans l'iodure de potassium à hautes doses un médicament sur lequel on peut compter dans le traitement du psosiasis, car on ne connaît aucun agent qui procure aussi rapidement la guérison. Il recommande toutefois de continuer la cure pendant quelque temps après les premiers résultats acquis.

ABCÈS CÉRÉBRAL CONSÉCUTIF A L'OTITE MOYENNE, DIAGNOSTIQUÉ ET

TRAITÉ AVEC SUCCÈS, par *David Ferrier*. (*British med. journal* 10 *mars* 1888.)

Bien que les abcès cérébraux soient fréquents dans le cours de l'otite moyenne, il arrive très rarement qu'on puisse les localiser pendant la vie et plus rarement encore les traiter avec succès.

Jowers et Barker ont rapporté le cas d'un abcès temporo-sphénoïdal diagnostiqué par le seul fait de l'existence de l'otite et opéré avec succès. Greenfield en a rapporté un autre dans lequel les phénomènes de compression de la troisième paire contribuèrent au diagnostic. Dans les cas de Truckenbrod et de Schondorff, une douleur située au niveau du foyer, l'œdème du cuir chevelu et une fistule conduisant dans l'abcès en permettaient le diagnostic. A la suite d'une otite, le malade dont M. Ferrier relate l'observation eut un écoulement par l'oreille gauche qui dura huit ou dix jours; il devint somnolent, ressentit une douleur dans le côté gauche de la tête, dans le front et l'orbite, en même temps qu'une photophobie intense ; la pression calmait la douleur de la tête. Les pupilles étaient normales, pas de trace de paralysie sensitive ou motrice, pouls intermittent, 52, respiration lente et supérieure, 40. Température normale. Après quelques alternatives d'aggravation et d'amélioration, le malade devint somnolent, avait une légère déviation de la commissure droite des lèvres, la faculté du langage fut quelque peu intéressée.

L'examen ophthalmologique montra l'existence d'une névrite optique avec hémorrhagie et plaques blanchâtres. Le malade, qui pouvait entendre une montre à 15 pouces de l'oreille droite ne l'entendait qu'au contact de l'oreille gauche, dont le conduit auditif était rempli de pus. La pression et la percussion étaient douloureuses sur un point situé au dessus du méat auditif. MM. Ferrier et Coffin ne doutèrent pas de l'existence d'un abcès cérébral devant siéger, d'après les symptômes, près des centres du langage et de l'ouïe, près de l'hémisphère gauche, c'est-à-dire au niveau du tiers antérieur du lobe temporo-sphénoïdal, et comprimant la scissure de Sylvius. La localisation de la douleur n'est pas une preuve certaine du siège de l'abcès qui peut se développer à une grande distance de la douleur, mais ce qui justifie la valeur qu'on lui a accordé dans ce cas, c'est l'existence de symptômes concomitants qui confirmaient cette localisation.

En conséquence la trépanation fut faite par le professeur Horsley sur le point présumé le siège de l'abcès. La dure-mère enlevée, la région cérébrale d'aspect normal paraissait soulevée. Une ponction avec un trocart fit évacuer une quantité considérable d'un pus inodore. Le malade se rétablit ensuite peu à peu; la névrite optique disparut avec ses caractères ophthalmologiques. Trois semaines après l'opétion, la plaie était cicatrisée et l'otorrhée avait complètement cessé ;

le malade avait recouvré l'ouïe en grande partie. La membrane du tympan, non perforée, était opaque (cicatrice) sur un point. Les accidents avaient été produits par une otite moyenne aiguë a frigore.

L. JUMON.

BIBLIOGRAPHIE

—

TUBERCULOSE VERTÉBRALE ; MAL DE POTT ; MAL VERTÉBRAL POSTÉRIEUR ; MAL SOUS-OCCIPITAL ; TUBERCULOSE SACRO-ILIAQUE ; TUBERCULOSE DU SACRUM ET DU COCCYX, leçons faites à la Faculté de médecine par le professeur *Lannelongue*, recueillies par le Dr V. *Ménard*, chef de clinique de la Faculté, avec 34 figures dans le texte et planches en chromo-lithographie. (Paris, Asselin et Houzeau, 1888.)

Il est des sujets à propos desquels on semble avoir tout dit, tellement ils ont donné lieu à des mémoires, à des travaux, à des publications diverses. Cependant un livre paraît, et en le lisant, on s'aperçoit que ce sujet qu'on croyait épuisé était loin d'être entièrement fouillé, on voit qu'on avait encore beaucoup à apprendre, qu'on avait un certain nombre d'erreurs à redresser, et qu'on avait besoin de mettre beaucoup de clarté au milieu d'un tas de documents obscurs et d'idées confuses.

Voilà en quelques mots l'impression que laisse la lecture du livre de M. Lannelongue *Sur la tuberculose vertébrale.*

Sous ce titre le professeur décrit le *mal de Pott*, le *mal vertébral postérieur*, le *mal sous-occipital*, la *tuberculose sacro-iliaque*, la *tuberculose de sacrum et du coccyx*, réunissant ainsi dans un même cadre ce qui n'aurait pas dû être étudié séparément comme le font la plupart des auteurs.

Nous ne voulons pas et ne pouvons pas entrer dans le détail des nombreux faits nouveaux ou rajeunis que nous trouverions à signaler dans ce livre de M. Lannelongue. Aussi bien tout se lie, tout s'enchaîne dans ce livre, suivant un plan d'ensemble, et c'est une vue d'ensemble seule que nous voulons donner.

Il nous montre que le mal de Pott qu'on avait décomposé en un certain nombre d'espèces, sous le nom de *carie superficielle* de Boyer, carie et nécrose vertébrales, polyarthrite de Ripoll et Broca, tuberculose de Richet et Nélaton, ne sont que des manifestations particulières de l'affection tuberculeuse de la colonne vertébrale. Ces idées étaient dans l'esprit de tous depuis les beaux travaux de M. Lannelongue sur les abcès froids et la tuberculose osseuse ; mais il était bon que cette doctrine fût nettement formulée.

Après avoir réuni sous une même dénomination un mal connu autrefois sous des appellations différentes, M. Lannelongue prend soin de séparer des lésions qui n'ont de lien commun que le siège. C'est ainsi qu'il établit le diagnostic du mal sous-occipital tuberculeux de la tuberculose sacro-iliaque d'avec les autres arthrites, infectieuses ou non, de ces mêmes articulations.

Tous les auteurs confondent encore sous le nom de mal sous-occipital des affections de nature très différente et dont la marche et le pronostic diffèrent considérablement ; on n'avait qu'à gagner à établir cette distinction, on s'en aperçoit bien à la lecture du livre.

Le mal sous-occipital, la tuberculose sacro-iliaque, la tuberculose du sacrum, celle du coccyx, l'arthrite tuberculeuse du sacrum, celle du coccyx, l'arthrite tuberculeuse sacro-coccygienne forment autant de chapitres à part ; ce qu'on ne trouvait pas jusqu'ici réuni dans nos auteurs classiques, et qu'il était bon et indispensable même de réunir.

Enfin, signalons dans ce plan d'ensemble la description de la tuberculose de l'arc postérieur des vertèbres qui, pas plus que la tuberculose de l'articulation sacro-coccygienne et celle du coccyx n'avait pas été jusqu'à ce jour décrite par les auteurs.

Tel est le plan d'ensemble du livre.

Si maintenant nous reprenons ce qui a trait à la tuberculose vertébrale antérieure, au mal de Pott proprement dit, qui forme la partie la plus étendue, la plus importante du livre, nous voyons étudié successivement après un historique rapide l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Dans l'historique, qui n'est qu'une vue d'ensemble sur les grands travaux, l'auteur a presque oublié ses propres travaux cependant si importants ; il faut à proprement parler lire entre les lignes pour voir une allusion à ses recherches sur la tuberculose osseuse et les abcès froids.

L'anatomie pathologique nous fait étudier les altérations vertébrales, la gibbosité, son mode de formation, son mécanisme, l'angle rentrant qui en résulte, les déformations du canal rachidien et des trous de conjugaison, les altérations superficielles des corps vertébraux, celle des disques intervertébraux ; puis pénétrant en quelque sorte dans l'intimité du sujet, l'auteur nous montre l'évolution du follicule tuberculeux, la tuberculose infiltrée, le tubercule enkysté, la caverne tuberculeuse, le mode de formation du séquestre, etc. Signalons enfin l'important chapitre sur la réparation des lésions osseuses ; puis vient la description des altérations des parties molles, la description des abcès par congestion, ou mieux du tuberculome dont on suit l'évolution, qu'on surprend en quelque sorte à sa nais-

sance et que l'on suit dans toutes ses migrations inférieures, postérieures, latérales, qu'on suit à partir de la région cervicale, de la région dorsale ou de la lombaire. Il était bien difficile, je crois, de mieux montrer la marche et l'évolution des lésions.

Puis vient un chapitre absolument neuf sur les altérations vasculaires, et parmi elles, surtout les altérations curieuses de l'aorte qui s'infléchit au niveau des courbures des gibbosités, se coude et réduit quelquefois son calibre à une fente ; il en résulte un défaut d'irrigation des extrémités inférieures ; c'est ce qui nous explique en partie l'atrophie des membres inférieurs qu'on remarque chez les gibbeux, les parésies sans lésions médullaires, la dilatation de l'aorte au-dessus de l'angle et la dilatation consécutive du cœur gauche.

Les altérations des méninges, de la moelle et des nerfs sont étudiées avec tout le soin que comporte une question aussi importante.

La symptomatologie est tracée, cela va sans dire, de main de maître. Après une étude sur le mode de début et sur les moyens de reconnaître le mal à ce moment, il étudie les symptômes et, les classant d'après un ordre physiologique en quelque sorte, montrant l'importance et la signification physiologique de chacun d'eux, le professeur est amené ainsi à décrire les formes diverses du mal de Pott, comme il nous avait décrit les formes les plus importantes de la coxo-tuberculose ; nous voyons aussi décrites pour la première fois les formes dites nerveuse, névralgique et convulsive de la tuberculose vertébrale ; il suit le mal de Pott dans ses rechutes, ses guérisons, et nous montre le gibbeux guéri.

Ce traitement est étudié minutieusement, le professeur Lannelongue se montrant ainsi aussi bon thérapeuthe qu'il s'était montré bon clinicien et savant éminent. Après avoir insisté sur l'utilité du traitement dit médical, il signale les bienfaits que le mal de Pott peut, comme la coxo-tuberculose, retirer de l'extension continue. Il donne la description d'appareils qu'il a fait construire, et dans l'espèce, nous fait connaître deux appareils absolument nouveaux pour le mal de Pott et le mal sous-occipital ; le traitement de la paralysie, des abcès froids y est étudié minutieusement.

Ajoutons que le livre contient un grand nombre de figures et de planches en chromolithographie faites d'après des pièces recueillies par l'auteur, que ce livre est le résultat des recherches personnelles que le professeur Lannelongue poursuit depuis de longues années à l'hôpital Trousseau, que tout a été vu, revu, contrôlé, que c'est là, en un mot, l'œuvre personnelle du chirurgien qui publie le livre, et on en comprendra toute la valeur. Félicitons, en même temps le rédacteur, M. Ménard, d'avoir su si bien rendre la pensée du maître et d'avoir ainsi contribué au succès du livre. P. Bazy,

NOUVELLES

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 1er au 7 avril* 1888. — Fièvre typhoïde, 17. — Variole, 6. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 43. — Phthisie pulmonaire, 211. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses et autres, 45.

Méningite, 48. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 52. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 71.

Bronchite aiguë et chronique, 97. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 116.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 57.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 43. — Suicides et autres morts violentes, 39. — Autres causes de mort, 225. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 1174. — Résultat de la semaine précédente : 1122.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

MM. HÉRARD, président de l'Académie de médecine et CORNIL, professeur à l'Académie de médecine de Paris, viennent de publier, avec le concours de M. HANOT, agrégé de la Faculté, une seconde édition de leur **Traité de la phthisie pulmonaire** devenu classique, et dont la première édition était depuis longtemps épuisée. Pour cette seconde édition, les auteurs ont mis à profit les progrès accomplis depuis vingt ans dans l'étude anatomique et clinique de la phtisie.

Un chapitre nouveau est venu s'ajouter, celui de la bactériologie qui a modifié si profondément la compréhension de la tuberculose; les auteurs indiquent les procédés employés pour la reproduction du tubercule au moyen des cultures, et l'étude de son développement.

L'étiologie de la *tuberculose* s'est trouvée complètement modifiée par la découverte de son *bacille*; aussi le chapitre des *portes d'entrée de la tuberculose*, suivant l'expression consacrée, a-t-il reçu tous les développements qu'il mérite. Enfin une large place est accordée dans ce livre au traitement : il est admis aujourd'hui que la phthisie est curable et les auteurs passent en revue d'une façon très complète les nombreux agents de la matière médicale et surtout de l'hygiène dont la thérapeutique dispose pour la lutte contre ce terrible fléau.

(Un beau volume grand format in-8° avec 65 fig. en noir et en couleurs intercalées dans le texte, et 2 planches en chromo-lithographie, hors texte, 20 fr. Félix ALCAN, éditeur.)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 45. 7770.6 MARDI 17 AVRIL 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. . . . . [illegible] fr.
UNION POSTALE. . . [illegible] fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER — Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.


GROS :
11, rue de la Perle.
PARIS
CAPSULES D'HYPNONE ADRIAN
SUCCÉDANÉ
AU CHLORAL, DE L'OPIUM
ET DE LA PARALDÉHYDE.

55e Année. — Tome I. N° 45 Mardi 17 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

HYGIÈNE SOCIALE

Nécessité d'une loi sanitaire

Par le Dr Barthélemy
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Nous nous proposons d'exposer ici une question qui vient d'être l'objet de discussions et d'études, presque simultanément, sur divers points de l'Europe, en France, en Belgique, en Italie, en Angleterre aussi bien qu'en Russie. Ce n'est pas là une fortuite et curieuse coïncidence ; ce fait est une preuve de plus à l'appui de l'importance du sujet et démontre l'état de préoccupation qu'éveille et entretient partout le problème de la prostitution, des dangers qu'elle crée et par conséquent de la réglementation qui l'attend dans toutes les sociétés policées, dignes d'être qualifiées de civilisées et par suite soucieuses de la santé publique. D'ailleurs, nous ne voulons pas tarder davantage à déclarer qu'à notre avis il est du devoir de toute société de sauvegarder, non moins que les intérêts matériels et moraux, les intérêts sanitaires des populations et que c'est une preuve d'élévation des idées que de se montrer vigilante gardienne de la santé, bien suprême d'où découlent tous les autres biens. Cette préoccupation est pour ainsi dire une mesure du degré de civilisation et de la perfection des mœurs auxquels est parvenue une nation. N'est-ce pas, en effet, par ce côté surtout que les sociétés modernes diffèrent profondément de l'antiquité ? Où sont, dans les temps anciens, les établissements hospitaliers, les sociétés de bienfaisance, les mesures d'hygiène publique, les lois contre les épidémies, contre les logements insalubres, etc., toutes choses qui témoignent du progrès moderne non moins que de la sagacité des observations. L'hygiène de nos jours est partout. De tous côtés, ce ne sont que préoccupations pour la pureté des eaux, pour le captage des égouts, pour la purification de l'air, des alcools, du tabac, des aliments, etc. Ici, ce sont des se-

cours contre le surmenage et les accidents professionnels, là des établissements pour la vieillesse ou pour les infirmes ; ailleurs, des mesures pour la protection de l'enfance, etc., etc. Dans toutes les catégories, on protège l'individu, on l'empêche d'être exploité, trompé, empoisonné, qu'il s'agisse des eaux malsaines, des logements insalubres, des chiens enragés, nous ne saurions trop rendre hommage à tant de louables efforts, et pourtant quelles lacunes profondes existent encore ! Les mesures contre les affections contagieuses sont au premier rang de ces lacunes. Les pouvoirs publics ne daignent pas édicter l'obligation de la revaccination et sont responsables par ce seul fait de 15 morts par semaine rien qu'à Paris. Personne ne peut empêcher une personne atteinte de diphthérie de voyager dans une voiture, dans un omnibus, de quitter l'hôpital et de retourner dans son logement où elle sèmera, comme sur son chemin, l'affreuse maladie qui engendre le croup.

Or, dans tout cela, il ne s'agit que de maladies, graves sans doute, mais aiguës, passagères et n'atteignant que quelques individus et ceux qui, consciemment ou non, se sont exposés à la maladie. Il n'en est plus de même pour la maladie dont nous voulons parler, qui, débutant par une lésion suprêmement insignifiante, menace et poursuit le patient pendant toute son existence, atteint non seulement ceux qui se sont exposés au mal, mais encore les femmes, les enfants, l'entourage. C'est ainsi que de contagion en contagion se trouve compromis, profondément bien que très insidieusement, la vigueur d'une race et l'avenir d'un pays. C'est le cœur plein de tristesses qu'on constate tant de victimes innocentes créées par le fait d'une seule maladie et par l'incurie de la société. La société se défend contre les intoxications de tous ordres, elle protège les estomacs contre toutes les falsifications jusqu'à celles du poivre ; mais elle se refuse à s'occuper de la plus importante de nos fonctions. Elle fait sacrifices sur sacrifices pour l'entretien, le perfectionnement des races chevaline, porcine, canine, etc., mais elle dédaigne de protéger ou de favoriser le développement de la race humaine ; bien plus, sous les plus fallacieux arguments, elle omet d'assurer des garanties les plus élémentaires à sa propre santé, à son existence même ! Ah ! les philosophes qui soutiennent, sous prétexte de liberté individuelle, la théorie du *laisser faire*, *laisser passer* ou, comme nous disons volontiers, la théorie du *libre échange*, ne sont guidés que par de généreuses illusions. Ils ne voient pas comme nous autres médecins tous les horribles méfaits, toutes les formidables conséquences de cette longue maladie dont, pour comble de malheur, on est forcé de se cacher et de ne pas se plaindre. Là est la réelle cause de l'incompétence de quiconque n'est pas confident habituel des malades, c'est-à-

dire de quiconque n'est pas médecin! Nous le répétons à dessein, dans l'ordre des intérêts matériels, l'arsenal de protection est considérable; il est représenté par un code presque entier. Pour la race animale, la protection est attentive et efficace. Pour ce qui est de la race humaine, il n'y a presque rien de fait, surtout en ce qui concerne la santé proprement dite. Tout le monde a entendu parler du laboratoire municipal : honneur à ces bienfaisants! Eh bien! nous demandons ici l'organisation d'une sorte de laboratoire analogue pour combattre efficacement un mal que nous avons appris à redouter. On peut juger de l'une par l'autre; immenses sont déjà les services rendus par le laboratoire municipal, non seulement à cause des maux qu'il supprime, mais encore à cause de ceux qu'il empêche. Il ne faut pas s'arrêter là : la digestion est certes une fonction capitale, mais ce n'est pas la seule qui mérite considération. Nous ambitionnons ici de sauvegarder nombre d'individus accomplissant une fonction beaucoup plus importante. La digestion ne s'applique qu'à conserver l'individu. La fonction dont il s'agit a pour but de conserver l'espèce. La seconde est plus noble, par conséquent, que la première, et beaucoup plus relevée dans l'échelle naturelle. Eh bien, ce qu'on a fait pour la fonction inférieure, qu'on le fasse pour la fonction supérieure! Nous réclamons donc formellement la fondation d'une façon de laboratoire approprié au but spécial visé ici et organisé de façon à rendre les réels services à la société. Mais pour cela il faudrait une nouvelle loi (qu'on la nomme comme on voudra, loi sanitaire, loi de police sanitaire). Nous voudrions ici en démontrer, non l'utilité, mais la nécessité.

Une première question se pose : ce qu'il s'agit de réglementer est-il donc indispensable? Ne vaudrait-il pas mieux procéder par suppression? En d'autres termes, ne peut-on se passer de la prostitution? Tant de choses ont été dites et écrites à ce sujet que nous ne jugeons pas utile d'entrer ici dans des détails. La prostitution a résisté à toutes les lois faites pour l'anéantir. Elle a été de tous les âges, de tous les temps, dans tous les pays, sous tous les climats. Elle est partout florissante et prospère de nos jours autant que jamais : *nous n'approuvons pas, nous constatons*. On peut aspirer au temps rêvé par les philanthropes où la perfection des mœurs fixera pour jamais chaque homme à chaque femme. Mais, hélas, le jour n'est pas proche pour ce triomphe du bien absolu; en attendant, il faut prendre une décision protectrice; entre deux maux inévitables, c'est le moindre qu'il faut se hâter de choisir. D'ailleurs, ce n'est pas l'état social tel qu'il s'établit de nos jours qui favorisera le changement du fâcheux état de choses; on tend, en effet, à se marier de plus en plus tard; et pourtant, si nous observons impartialement ce

qui se passe autour de nous, que constatons-nous? Dès l'âge de 20 ans, pour tout homme bien bâti, bien constitué, l'appétit génital demande impérieusement satisfaction. Dès lors, il est des organes qui ne se laissent plus oublier; il est des fonctions qu'il doit être possible d'accomplir impunément. La croissance est terminée, — parlons en médecins, puisqu'il s'agit de médecine, — pourquoi donc vous opposeriez-vous aux velléités, aux ardeurs du jeune homme? N'auriez-vous pas alors raison de craindre des tendances ou des habitudes qui seraient, au nom même de la santé, beaucoup plus nuisibles, beaucoup plus regrettables? Gardez-vous donc d'intervenir. L'âge que nous avons indiqué est, pour la moyenne des individus et dans l'état de nos esprits, plutôt trop éloigné que rapproché. Et cela, qu'on l'approuve ou qu'on le déplore, qu'on l'accepte ou qu'en principe on le repousse, le fait est, il constitue la loi qui règle la grande majorité de nos contemporains. Bien des parents n'ont pas l'air de s'en douter; ils ne savent pas la vérité; ils se sont laissés tromper; ils n'ont pas su observer, voilà tout; mais le fait est, et, puisqu'il est, il faut compter avec lui; mais si la prostitution était sans danger pour la santé publique, ce ne serait pas à nous, médecins, à nous en préoccuper.

Dans ces conditions, que convient-il de faire? On ne peut ou qu'organiser la vie orientale ou que garder les mœurs européennes. Parler de rétablir la polygamie ne saurait être sérieux; il n'y a donc pas à hésiter: il faut réglementer, assainir la prostitution, ce n'est certes pas là travailler pour la débauche, mais, ainsi que nous le montrerons plus loin, c'est travailler pour la santé et pour l'avenir d'un nombre vraiment considérable d'innocents.

Dans l'hypothèse précédente, nous n'avons même pas discuté le mariage de l'homme de 20 ans. A notre avis, ce serait une grosse faute. Aucun des adversaires de nos propositions ne serait certes disposé à lui donner sa fille, et il aurait raison. Nous qui approuvons ce jeune homme, nous ne le ferions pas non plus. Ne faut-il pas que le futur chef d'une famille ait quelque expérience de la vie? Ne convient-il pas que le jeune mari soit apte à donner des leçons plutôt qu'à en recevoir? Ne faut-il pas, enfin, que jeunesse se passe, que le jeune homme fasse, selon l'expression consacrée, ses farces? Or, à cet âge, les farces sont pardonnables, en général peu chargées de conséquence, et vite pardonnées. Au contraire, après l'âge mur, — et c'est alors que les écarts auront lieu s'ils n'ont pas existé pendant la jeunesse, — les farces deviennent des fautes répréhensibles et justement blâmées, souvent causes des plus grands malheurs, et capables, en tous cas, de compromettre le bonheur et l'avenir de toute une famille.

Ainsi donc le mariage précoce n'est pas, selon nous, désirable; nous pensons même que, dans notre état social, il n'est qu'exceptionnellement possible. Nous le répétons, nous n'hésitons pas à aspirer au temps idéal où toute prostitution sera supprimée, par ce simple mais merveilleux fait que chaque homme aura à jamais une seule et même femme et réciproquement, mais c'est là un rêve philosophique. Certes nous ne disons pas qu'il ne se réalisera jamais, — nous ne voudrions décourager les espérances de personne, — mais il ne se réalisera pas avant de longs siècles. Donc, en attendant, il faut agir. Le mal est en permanence, prenons des garanties contre un fléau qui n'admet pas de trêve. Eh bien, en fait de garantie, il n'en existe pas en dehors de la réglementation. Il faut, d'une part, supprimer, anéantir la prostitution libre, clandestine, celle qui répand toutes les mauvaises semences parce qu'elle échappe à toute surveillance, et, d'autre part, assainir la prostitution reconnue, tolérée. Nous laisserons les gens compétents discuter et fixer les détails et les modes de l'application de la mesure; nous ne voulons aborder ici que la question des principes de la doctrine de protection. Or, voici ces principes.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

—

Note sur les vins titrés.

Depuis une trentaine d'années la chimie a une tendance manifeste à envahir la médecine, et, s'il est incontestable que parfois elle est allée trop loin, on ne peut nier qu'elle a fait faire à l'art de guérir de notables progrès en nous permettant maintenant d'établir sûrement le diagnostic des affections rénales, du diabète, de l'albuminurie et de bien d'autres maladies. Mais ce n'est pas tout..., grâce à cette science, nous connaissons aujourd'hui le principe actif de la plupart des substances végétales employées en thérapeutique. Ces substances. en effet, quoique appartenant à une même espèce, n'ont parfois entre elles qu'une ressemblance en quelque sorte extérieure. Voyez la digitale, l'aconit, la belladone, etc., ici elles agissent plus énergiquement qu'on ne le voudrait; là, on n'en obtient aucun effet. Il n'est pas un praticien qui n'ait eu l'occasion de constater ce fait.

Il n'en est plus ou il n'en devrait plus être ainsi, l'analyse chimique permettant de déterminer la valeur, la richesse en digitaline, en aconitine, en atropine, etc., de chacune de ces plantes. Ce que nous venons de dire s'applique tout particulièrement au quinquina et,

comme tous nos confrères, nous avons été appelé bien des fois à l'observer.

Peu de médicaments sont aussi fréquemment prescrits que les vins de quinquina et cependant il n'en est pas de plus variables quant aux principes qu'ils renferment et partant quant à leurs effets sur l'organisme. Le plus souvent, il faut bien l'avouer, leur action est entièrement nulle. Cela tient aux procédés défectueux employés dans leur préparation et à l'anarchie — qu'on nous passe cette expression — qui règne dans le commerce des quinquinas.

En 1792, on ne connaissait que quatre espèces de quinquina, aujourd'hui on en compte plus de cent variétés, mal définies, mal caractérisées, et c'est pour cela que les analyses donnent des résultats présentant entre eux de si notables différences. Sans parler des falsifications, ces différences reconnaissent pour causes principales le pays de provenance, l'épuisement du terrain, le mode de culture, etc. ; ainsi, par exemple, il est reconnu que les espèces acclimatées dans les Indes anglaises et les possessions hollandaises sont ordinairement fort riches en alcaloïdes et que la proportion de ceux-ci augmente sous l'influence du *moussage*, c'est-à-dire de cette opération qui consiste à couvrir et à entourer de mousse les parties annulaires des tiges qui ont été décortiquées. Il a été également reconnu que les racines de quinquina âgés de 18 mois à 2 ans sont proportionnellement beaucoup plus riches en quinine que les écorces de la tige. Au milieu d'une telle confusion, comment le praticien consciencieux se guidera-t-il ? « Uniquement par l'analyse, répondait, il y a une vingtaine d'années, le savant chimiste Ossian Henry. C'est le seul moyen, disait-il, de ne pas mériter le reproche que Celestino Mutis, le grand historien des quinquinas, adressait aux médecins de son temps quand il leur disait : « L'emploi du quinquina a été abandonné aux charlatans et prescrit au hasard. »

En résumé, si l'on veut, en ce qui a trait aux vins de quinquina, une bonne préparation, toujours identique à elle-même, sur les effets de laquelle le praticien peut sûrement compter, l'écorce du Pérou, doit être essayée, titrée et dans ces essais, dans ce titrage, il faut déterminer et la dose de son principe extractif et la quantité des alcaloïdes qu'elle renferme.

Notre maître, Ossian Henry, est bien, sur cette question, l'homme le plus compétent de cette époque, et ce qui le prouve, ce sont les remarquables travaux sur les quinquinas qui lui valurent le grand prix Montyon à l'Académie des sciences. Après avoir publié plusieurs méthodes d'analyse des quinquinas, et entre autres le procédé alcaloïmétrique au moyen du tannin, il appartenait à O. Henry de tenter

d'apporter un peu d'ordre dans les préparations qui ont cette substance pour base. C'est ce qu'il fit en créant le *vin de quinquina titré diastasé ;* le *vin de quinquina ferrugineux diastasé* et le *vin de quinquina iodée diastasé*. Ce sont des vins, ainsi qu'il l'a dit lui-même, de composition définie, d'une richesse, par conséquent, toujours égale et, pour être mieux compris, titrés à la manière des monnaies et des bijoux d'or et d'argent.

A l'aide de la diastase et d'un procédé nouveau, Ossian Henry put fixer, sans avoir à redouter aucune action chimique à côté du quinquina, l'iode d'une part et le fer de l'autre.

Grâce au titrage dont je parlais plus haut, ces vins contiennent exactement et d'une manière définie tous les principes solubles et utiles du quinquina. C'est là leur supériorité sur toutes les autres préparations similaires. Nous pouvons d'autant plus l'affirmer que nous avons eu, il y a quelques jours, entre les mains, plusieurs échantillons de prétendus vins de quinquina qui ne renfermaient absolument aucun des principaux agents de l'écorce du Pérou.

Puisque j'ai été conduit à parler des vins de quinquina titrés d'Ossian Henry, je crois devoir ajouter qu'ils sont d'un goût fort agréable, ce qui est d'un grand prix pour les enfants et les personnes difficiles.

Les Drs Liger, Arnal, James, Henry fils, Richelot, de Ranse, Cazenave, Laroche, etc., ont déjà publié sur ces vins de très intéressantes observations.

Dr A. DELANDRE.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES SUR LES AFFECTIONS DES DOIGTS DÉSIGNÉES VULGAIREMENT SOUS LE NOM GÉNÉRIQUE DE PANARIS, par M. *de Roubaix*. — Les affections des doigts connues sous le nom de panaris, et qui de prime abord semblent devoir être classées dans une même catégorie, sont au contraire distinctes, au point de vue de leurs causes, de leur marche, et surtout de leur gravité. C'est d'abord le *panaris papillaire*, qui consiste dans une inflammation de la surface du derme, accompagnée d'une sécrétion séro-purulente qui soulève l'épiderme et donne lieu à une fluctuation superficielle. Lorsque l'inflammation papillaire entoure la rainure de l'ongle, elle prend le nom de *tourniole*. Le *panaris cutané* est caractérisé par l'inflammation qui survient dans la peau du doigt piquée, coupée, excoriée, déchirée ou crevassée, inflammation qui reste locale, qui attaque toute l'épaisseur du tégument, mais qui ne dépasse généralement pas en profondeur la barrière que lui opposent les aponévroses. Sous le

nom de *folliculite gangréneuse*, il faut comprendre une inflammation des follicules pileux de la face dorsale de la première phalange. A côté de ces formes légères viennent le *panaris de la pulpe du doigt* dans lequel l'inflammation, excitée par une cause qui a agi à une certaine profondeur, commence par la partie de la pulpe qui avoisine l'os, et dès le début peut se compliquer de périostite si le chirurgien n'intervient pas. Le *panaris de la gaine fibro-séreuse des doigts*, qui est le véritable panaris, est aussi le plus grave, et c'est lui qui donne lieu aux fusées purulentes les plus étendues, et qui souffre le plus de la non-intervention du chirurgien. Le *panaris périostique*, plus rare, n'attaque ordinairement qu'une seule phalange. Enfin le panaris peut se développer *primitivement* dans la paume de la main (*Presse médicale belge*, 27 novembre 1887.)

TUBERCULOSE PULMONAIRE, NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE, AUTOPSIE, par le professeur *Crocq*. — A propos de l'autopsie d'une malade morte de tuberculose pulmonaire avec néphrite parenchymateuse, le Dr Crocq émet cette opinion que la *marche de la néphrite parenchymateuse* peut être divisée en *trois périodes*.

1° Période congestive caractérisée par l'augmentation du volume et la coloration rouge du rein.

2° Période d'exsudation; dans cette période, sous l'influence du travail congestif, l'épithéliome des canalicules prolifère et se desquame ; en même temps les leucocytes s'accumulent dans le tissu interstitiel, les parois des vaisseaux s'altèrent, s'épuisent, deviennent granuleuses ; alors si l'exsudat est assez abondant pour effacer la vascularisation en comprimant des vaisseaux, on a le gros rein blanc des Anglais. — Si la vascularisation persiste on a au contraire le gros rein tacheté ou hémorrhagique dans lequel la teinte rouge des éléments vasculaires alterne avec la coloration jaunâtre du tissu imprégné par l'exsudat.

3° Période de métamorphose : ici se présentent plusieurs éventualités. Le rein peut subir la dégénérescence graisseuse et rester volumineux, tout en ayant une teinte blanchâtre, ou bien, il subit la transformation fibreuse par suite de l'organisation de l'exsudat en tissu consécutif fibreux rétractile. Dans ce cas le rein diminue de volume, augmente de consistance, et, selon l'espace laissé aux vaisseaux, prend une teinte rouge ou blanchâtre, réalisant ainsi les deux variétés du rein contracté.

Si l'on ajoute à cela l'aspect que doit offrir le rein dans ses périodes de transition, on comprend comment on a pu multiplier outre mesure les types des lésions de ces organes. (*Presse médicale belge*, 4 décembre 1887).

Cancer encéphaloide du foie, M. *Crocq*. — A propos d'un cas de cancer encéphaloïde du foie compliqué de lithiase biliaire, le professeur Crocq remarque que, chez les personnes âgées de plus de 50 à 60 ans, il est assez rare que les calculs biliaires aient manifesté leur présence pendant la vie; il ne croit pas d'ailleurs que le cancer du foie se complique souvent de lithiase, surtout dans les cas où l'affection revêt une forme aiguë, lorsque le malade est emporté en moins d'un an, quelquefois même en quelques semaines (*Presse médicale belge*, 18 décembre 1887).

E. Deschamps.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *avril* 1888.— *Présidence de* M. Siredey.

Destruction des poils par l'électrolyse. — M. Brocq complète sa communication de 1886 par vingt observations nouvelles.

L'anesthésie locale est le plus souvent inutile; il faut se servir d'une aiguille de platine iridiée aussi fine que possible, l'aiguille doit être introduite dans le follicule pileux lui-même le long du poil; elle doit pénétrer sans résistance à la profondeur voulue, qui est d'ailleurs variable. Le courant de trois à cinq milliampères est suffisant et la durée doit varier suivant les qualités de la peau, la région opérée, la profondeur et le volume des poils. Dans chaque séance on peut, suivant les cas, enlever de trente à cinquante poils, en ayant soin de ne pas attaquer deux poils assez voisins l'un de l'autre pour que les vésicules s'éloignent; on s'exposerait à avoir des cicatrices et même des kéloïdes. Il est bon de commencer le traitement par une séance d'épreuve dans laquelle on n'enlève que quelques poils disséminés çà et là. M. Brocq estime à un sur dix le nombre des poils qui repoussent. En terminant M. Brocq passe en revue les différents cas dans lesquels il faut ou non intervenir.

M. *Millard* connaît un fait où l'épilation à outrance pratiquée pendant des années a fait disparaître complètement les poils.

M. *Brocq* estime que les faits de ce genre sont extrêmement rares; ordinairement, au contraire, l'épilation produit un nouveau poil gigantesque, monstrueux, avec un bulbe de 7 à 8 millimètres de profondeur.

Athétose chez une enfant de vingt mois. — M. *Comby* observe en ce moment une enfant de vingt mois atteint depuis l'âge de 8 mois d'hémiathétose droite consécutive à des convulsions intenses qui ont duré plusieurs jours, la main droite est agitée des mouvements caractéristiques de l'athétose; pour le membre inférieur il y

a un mouvement incessant de relèvement du pied et des mouvements variés des orteils.

De l'hémoglobinurie. — A propos d'une note de M. Salle, médecin major au 1er spahis, attribuant l'hémoglobinurie à un trouble nerveux occasionné lui-même par un processus sanguin, M. *Hayem* combat à nouveau la théorie de l'hémoglobinurie et termine en disant qu'on est autorisé à rester dans le doute sur cette question de pathogénie. M. Hayem ne nie pas que l'hémoglobinurie ne puisse être dans certains cas d'origine hématique, mais il reste à démontrer que l'hémoglobinurie paroxystique a frigore reconnaisse cette origine.

M. *Millard* rapporte le premier fait d'hémoglobinurie qu'il vient d'observer dans sa longue carrière médicale. Il s'agit d'une femme de 31 ans, robuste dont tous les accès ont été manifestement provoqués par un refroidissement. Chaque crise est accompagnée de douleurs correspondant nettement aux reins et paraissant s'expliquer par un processus rénal congestif.

M. Millard ne peut admettre, en effet, l'idée d'une altération générale de la masse du sang lorsque il n'y a qu'une seule miction colorée ; l'hypothèse d'une altération passagère du rein lui paraît plus simple et plus rationnelle.

M. Alb. Robin rapporte l'observation d'un jeune homme de 16 ans d'une santé parfaite qui présenta des accès d'hémoglobinurie à la suite d'une marche de quelques kilomètres..

La première fois on pensa à une hématurie d'origine calculeuse, mais l'examen des urines se joignit à l'absence des signes caractéristiques de lithiase rénale pour faire admettre l'hémoglobinurie, sous l'influence d'un traitement par les toniques, le repos et l'acide arsénieux, l'hémoglobinurie cessa pour reparaitre chaque fois que le malade marchait quatre ou cinq kilomètres : dans une de ces crises, on nota une douleur de rein subite et fugace suivie de l'expulsion d'une petite masse molle constituée par un lacis fibrineux amenant des cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique.

Quand ce malade put être considéré comme guéri, on constatait encore, sous l'influence de la marche, l'apparition dans l'urine de quelques globules blancs, de grosses cellules de Bellini et de traces d'albumine ; la marche produisait donc une légère congestion rénale.

Cette observation plaide manifestement en faveur de l'origine rénale de l'hémoglobinurie ; elle attire l'attention sur la genèse des calculs sous l'influence de l'hémoglobinurie. En terminant M. Albert Robin résume ainsi sa pensée sur la pathogénie de ce cas intéressant et des cas analogues : nous ne connaissons pas la réaction intime qui détruit les globules rouges et met l'hémoglobinurie en liberté, nous avons certaines raisons plausibles de prouver que cette

réaction s'accomplit dans le rein lui-même sous l'influence de la fatigue provoquée par la marche, mais d'un autre côté, nous soupçonnons que la marche serait impuissante à provoquer cette réaction si la désassimilation n'avait point été préalablement intéressée et l'analyse des urines prouve que, dans ce cas, cette désassimilation était notablement augmentée.

Si vague que soit cette formule, elle paraît bien éclairer la question si obscure de l'hémoglobinurie, car elle fait intervenir à côté d'un processus local *déterminant* un état général *prédisposant* sans la combinaison desquels *l'hémoglobinurie* ne se produirait pas.

SAPELIER.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séances du 14 *mars* 1888. — *Présidence de M. le* Pr VERNEUIL.

(*Suite*) (1).

M. Segond. Quant aux morts, 2 sont venues à ma connaissance, une dans laquelle j'aidais M. Verneuil, qui l'a citée à la Société de chirurgie, la malade est morte le soir de délirium tremens, et une autre, non publiée, est morte de péritonite en quatre jours.

Si la résection du sac est difficile, il ne faut pas faire la castration, faire le capitonnage de Julliard ou la suture des piliers de Czerny.

Quant au bandage on a dit qu'il était nuisible ou inutile à la suite de l'opération, je ne saurais souscrire à cette opininion.

M. *Lucas Championnière* (de Paris) distingue et différencie complètement les opérations de cure opératoire des kélotomies pour hernies étranglées. L'opération de la cure radicale est une opération bénigne et pourtant je viens de perdre ces jours-ci un opéré, hors de mon service, avec des aides inexpérimentés, qui mourut presque subitement de congestion pulmonaire, j'avais fait auparavant quatre-

(1) ERRATUM. — La communication de M. Routier a été incomplètement rapportée. Une partie de la phrase a été omise. La communication doit être ainsi rétablie :

M. Routier rapporte 14 observations personnelles de cure radicale de hernies toutes suivies de guérison opératoire.

De ces 14 cas, 6 ont été revus et étaient restés parfaitement guéris malgré l'absence de bandage ou le port d'un bandage mal appliqué.

Il conclut en disant que l'opération est bénigne, et qu'elle doit être appliquée non seulement après les kélotomies, mais encore toutes les fois qu'une hernie ne peut être complètement, constamment et facilement maintenue.

L'auteur conseille le port du bandage après l'opération pour soutenir es parois du ventre généralement relâchées chez les hernieux.

vingts opérations sans un insuccès et cela ne trouble en rien mon appréciation. Je crois, contrairement à M. Segond, que l'on doit aussi opérer les petites hernies, si la paroi est saine et résistante. C'est alors que l'on a une guérison absolument radicale. Le bandage est inutile et atrophie la cicatrice. Chez les enfants on a de très beaux résultats.

Les grands orifices ne sont pas les seuls ennemis du chirurgien, il y a aussi la congestion pulmonaire, chez les vieillards surtout, et après les grosses hernies. Enfin la hernie du gros intestin est toujours plus aléatoire.

M. *Richelot* (de Paris). 1. — Dans les hernies simples, peu volumineuses, des adolescents et des adultes, la cure radicale est absolument bénigne et donne les meilleures chances de guérison définitive. Elle est indiquée si le malade l'accepte ou la désire.

2. — Dans les hernies volumineuses ou compliquées des adultes, les dangers de la cure radicale sont très minimes et n'existent que dans les cas les plus graves, alors que l'intervention s'impose. La guérison définitive de la hernie est moins fréquente, mais on obtient toujours la guérison des symptômes alarmants.

3. — Chez les vieillards et les cachectiques, les bénéfices de la cure radicale ne compensent pas les dangers.

La chirurgie actuelle est assez sûre d'elle-même pour corriger les infirmités et prévenir des accidents ; elle n'en est plus réduite à soulager des moribonds.

M. *Schwartz* (de Paris) rapporte l'observation d'une opération de cure radicale chez un homme de 36 ans tuberculeux. — Des quintes de toux fréquentes rendaient cette hernie douloureuse. Elle contenait un intestin dont les parois très épaissies, à appendices épiploïques énormes, rendaient toute réduction impossible. Dès le soir la congestion pulmonaire était très grande et mit le malade en danger. Il guérit néanmoins. Au septième mois il y avait récidive. Le neuvième mois il succombait à la phthisie. Sa hernie était alors bien maintenue réduite par un bandage.

M. *Doyen* (de Reims) présente deux malades complètement guéris à la suite d'une cure radicale et délivrés de tout bandage.

M. *Le Bec* (de Paris) communique une observation d'un malade âgé de 65 ans porteur d'une hernie et d'un testicule tuberculeux. La castration et la cure radicale le guérirent de l'une et de l'autre.

Séance du 14 *mars* (soir).

La séance est ouverte à 3 heures.

M. *Lannelongue* (de Paris). — DE LA RÉSECTION DU BORD INFÉRIEUR DU THORAX. Dans un travail récent présenté à l'Institut, j'ai étudié les

abcès de la région hépatique. Je ne veux ici parler que de la technique opératoire et je rapporterai une observation démonstrative à cet égard. Il s'agissait d'un enfant atteint d'une périhépatite suppurée ouverte dans le poumon. La ponction au bistouri ne donnait pas suffisamment issue au pus; après une incision de 8 centimètres au thermocautère, je réséquai une portion large des dernières côtes jusqu'à la sixième. L'abcès a été ainsi largement ouvert. De cette opération, je peux conclure qu'il existe au niveau de la portion abdominale un espace où l'on peut réséquer une portion de la paroi thoracique sans ouvrir le péritoine. Si on l'ouvre par hasard, il est facile d'y remédier par deux à trois points de suture.

Dans ce cas particulier j'ai fait une résection définitive, mais on pourrait la faire temporaire, dans un cas de tumeur par exemple, pour mettre largement sous les yeux du chirurgien le lieu opératoire.

M. *Guyon* (de Paris).— La TUBERCULOSE VÉSICALE peut se diagnostiquer de bonne heure, mais le traitement par les modifications de l'urine, par les injections intravésicales n'ont donné que peu de résultats; presque toujours je renvoyais les malades aux soins médicaux, pour traiter l'état général, et c'étaient eux qui donnaient encore le plus de résultats. Les malades pouvaient vivre dans un état satisfaisant. Si je dis ceci pour débuter, c'est que ce n'est pas une intervention généralisée que je veux soutenir. Mais dans les cas où il y a des douleurs rendant la vie impossible, j'ai cherché la cause définitive de la tuberculose vésicale tout en sachant bien que je ne faisais qu'une opération palliative. Je n'ai opéré que six fois pour atténuer la douleur dans la cystite douloureuse, et deux fois seulement j'ai cherché à guérir les malades définitivement. Chez mes deux opérés, après quelques semaines, après la taille hypogastrique et le grattage attentif de la vessie, j'ai pu constater la disparition absolue des bacilles caractéristiques qui avant l'intervention avaient été constatés en grand nombre dans les urines des malades.

On peut donc attaquer par l'opération la tuberculose limitée de la vessie. Ne la faudrait-il pas, dans des cas où la tuberculose a envahi les organes génitaux, alors que le traitement général ne donne pas de résultats ? Je crois que, dans ce cas seulement, on serait autorisé à intervenir.

Quant au moyen à mettre en œuvre, je ne connais rien de mieux que la taille hypogastrique.

M. *Demons* (de Bordeaux). — Les INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE DANS LE CANCER UTÉRIN varient suivant les sujets. Si le cancer est limité, il paraît dans certaines limites justiciable de l'hystérectomie partielle. S'il y a cancer du corps, il faut nécessairement faire l'hys-

térectomie totale ; enfin si les deux sont envahis, il faut s'abstenir.

M. Richelot a, suivant moi, un peu trop systématisé l'emploi des pinces. Quand l'utérus oppose une grande résistance à l'abaissement, elles présentent un grand avantage ; dans le cas contraire, la ligature semble préférable. Les pinces peuvent saisir l'uretère et même la paroi antérieure du rectum. Les pinces donnent lieu à une eschare qui retarde la guérison.

M. *Péan* (de Paris) regrette qu'on ne parle pas davantage de lui pour une opération qu'il a pratiquée souvent et rappelle qu'il s'est servi des pinces qu'on attribue à M. Richelot et qu'il considère comme lui appartenant.

M. *Terrier* (de Paris). Je considère qu'il est inutile de revenir sur la technique opératoire de l'hystérectomie. Les pinces, qu'a le premier appliquées M. Richelot, dans mon service à Bichat, me semblent le meilleur et le plus rapide des procédés. Je n'envisage pas les suites immédiates ou éloignées de l'hystérectomie. Sur 18 opérations j'ai eu 14 succès opératoires et 4 morts. Donc mortalité 22 0/0. Restent 11 femmes à examiner au point de vue du résultat éloigné, 3 ont été incomplètement opérées. Sur ces 11 femmes, 7 récidives très rapides (de 1 mois à 16 mois) et 4 résultats heureux de 3 ans, 2 ans, 1 an, le quatrième cas a donné comme diagnostic histologique adénome.

Malgré cette statistique de 22 0/0 de mortalité, 70 0/0 de récidives rapides et seulement 30 0/0 de guérison, l'opération doit être considérée comme rationnelle et préférée à l'extirpation partielle.

M. *Routier* (de Paris) a fait 3 hystérectomies vaginales, une récente un mois, une autre récidivée au bout de six mois, enfin une dernière, opérée il y a cinq à six mois se porte bien. Le cancer de la muqueuse des corps utérins est plus fréquent qu'on ne l'a dit, et il est nécessaire de le reconnaître rapidement. L'âge de la malade, à la ménopause, les douleurs utérines, l'écoulement séreux, rougeâtre, après la ménopause, les unes après dilatation utérines sont autant de signes qui le feront reconnaître.

M. *Pozzi* (de Paris). L'hystérectomie vaginale qu'on doit préférer dans presque tous les cas à l'hystérectomie sus et sous-vaginale. Elle est certes indiquée après envahissement des ligaments larges, des culs-de-sac, après grosse augmentation de volume du corps utérin.

L'hystérectomie palliative avec ou sans résection des culs-de-sac doit être rejetée. Les opérations palliatives contre les hémorrhagies, l'infection ichoreuse, les douleurs doivent être le grattage ou l'évidement suivi de cautérisation au fer rouge.

Les pinces à demeure ne donnent pas une garantie suffisante con-

tre l'hémorrhagie post-opératoire, rend plus difficile l'antisepsie et doit faire craindre le pincement d'organes voisins. Elles sont un procédé de nécessité et non un procédé de choix. On peut dire qu'elles ne deviennent nécessaires que dans une hystérectomie qui n'aurait pas dû être entreprise.

M. *Richelot* (de Paris). Les pinces sont seules applicables quand l'utérus ne peut pas s'abaisser, et il n'y a pas de choix à faire entre elles et la ligature ; elles ne retardent pas la guérison, enfin si elles peuvent prendre l'uretère, les ligatures aussi. Une des preuves de leur utilité, c'est que c'est depuis que j'ai indiqué leur emploi que l'hystérectomie vaginale s'est vulgarisée.

M. *Terrillon* (de Paris). L'hystérectomie abdominale est une opération grave. — Elle doit être réservée aux fibrômes développés du côté de l'abdomen, volumineux, suffisamment mobiles et causant des hémorrhagies rebelles et continues ou des troubles dus à la compression des organes voisins.

On doit lui préférer l'ablation des ovaires et des trompes, dans les cas de fibrômes petits, ou de moyen volume et capables de compromettre l'existence, surtout par hémorrhagies.

Un grand nombre de fibrômes abdominaux provoquent des accidents pendant une période variable de la vie. Ces accidents peuvent être mortels ; aussi quand ils deviennent menaçants, il est nécessaire de pratiquer une des deux opérations : *Hystérectomie abdominale. — Ablation des ovaires.*

Si ces accidents ne sont pas assez graves pour mettre la vie en danger, on peut, par des moyens médicaux divers, les atténuer et même les arrêter, jusqu'à la fin de la période dangereuse, qui peut se prolonger souvent au delà de cinquante et cinquante-cinq ans. Les malades jouissent alors d'une guérison apparente, mais qui rend la vie normale ou du moins supportable.

Les seuls fibrômes qui font le sujet de ce travail sont ceux qui occupent le segment supérieur de l'utérus et qui font saillie dans l'abdomen, sans proéminer du côté du col de l'utérus ou du vagin.

Les fibrômes qui ont une tendance à se développer du côté de la cavité utérine ou vers le col se prêtent à d'autres considérations et réclament des opérations différentes.

M. Monod (de Paris), à propos d'un cas de LYMPHANGIOME CAVERNEUX observé par lui, présente quelques remarques sur la définition et l'histoire des lymphangiômes vrais. Il résume d'abord son observation. La tumeur siégeait au niveau de l'épaule. A l'examen histologique on trouve après ablation qu'on avait affaire à un lymphangiôme caverneux constitué par des cavités cloisonnées tapissées par

un endothélium semblable à celui des vaisseaux lymphatiques. A l'œil, aspect des tumeurs caverneuses.

M. Monod part de ce fait pour démontrer que l'on a trop souvent confondu jusqu'ici les lymphangiectasies et les lymphangiômes. Rappelant la définition même de l'angiome sanguin, à savoir celle d'une tumeur dans la constitution de laquelle entrent des vaisseaux de formation nouvelle et appliquant cette conception au lymphangiôme, réservant cette dernière dénomination aux tumeurs d'origine lymphatique dans lesquelles on peut admettre ou démontrer la néoformation de vaisseaux ou de lacunes lymphatiques.

Appliquer le nom de lymphangiôme aux simples dilatations lymphatiques équivaudrait à donner le nom d'angiôme aux dilatations des veines (varices) ou des artères, ce que personne ne veut soutenir. Le lymphangiôme est une tumeur fort rare, M. Monod n'en a trouvé que deux cas, dus l'un à Reichel et l'autre à Middeldorpf. De là, il déduit quelques considérations sur l'anatomie pathologique, les symptômes et le pronostic de ces tumeurs, et conclut pour leur traitement à leur extirpation qui est sans danger.

M. Schwartz (de Paris) communique l'observation et la photographie d'une jeune fille qu'en deux ans et demi, par 350 séances d'électrologie, il a guéri d'une énorme tumeur érectile de la lèvre inférieure.

(*A suivre*).

NOUVELLES

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hallopeau reprendra le jeudi 19 avril, à 10 heures du matin, dans la salle n° 1 du pavillon Bazin, ses leçons sur les *maladies cutanées et syphilitiques* et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Leçon de clinique chirurgicale.* — M. le Dr Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses leçons sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, le mercredi 2 mai 1888 à 10 heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Visite des malades à 9 heures les mêmes jours. Opérations le samedi.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 46. 7720.6 . Jeudi 19 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

55e Année. — Tome I. N° 46 Jeudi 19 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 18 *avril* 1888.

M. le Dr E. Blayac, médecin inspecteur des écoles, a présenté récemment à la Société française d'hygiène un mémoire sur la colonie scolaire formée par le IXe arrondissement de Paris pendant les vacances de 1887. M. Rochard a fait hier, à l'Académie, sur ce travail un rapport justement élogieux. Cette question des colonies scolaires est actuellement à l'ordre du jour dans toutes les délégations cantonales. Les arrondissement qui en ont fait l'essai ont eu vivement à s'en louer. Les enfants, garçons ou filles, que l'on envoit passer une vingtaine de jours à la campagne reviennent toujours avec une augmentation de la taille, du poids et du périmètre thoracique ; de plus leur bonne mine témoigne incontestablement de l'accroissement survenu dans leur nutrition. Il est regrettable que l'on ne puisse envoyer dans ces colonies qu'une infime minorité, à peine la centième partie des enfants de nos écoles, mais, en outre des enfants qui sont envoyés aux frais des caisses scolaires, il serait très possible de joindre à ces colonies les enfants dont les parents voudraient participer aux frais, d'ailleurs très minimes, de ces déplacements.

M. le Dr Blayac préconise vivement ces colonies scolaires et les préfère aux voyages scolaires en usage depuis quelques années ; il voudrait réserver ces derniers aux élèves des écoles supérieures. Le but est d'ailleurs absolument différent. Les voyages scolaires sont destinés à récompenser les élèves les plus méritants, les colonies sont destinées à fortifier les élèves les plus débiles, quoiqu'on doive toujours, même pour ces derniers, tenir compte des notes et de la bonne conduite.

M. Cornil a exposé les recherches faites par MM. Chantemesse et Widal pour trouver le microbe spécifique de la dysenterie des pays chauds. Ces recherches, plusieurs fois tentées par divers auteurs, ont cette fois abouti. Nos deux jeunes et habiles confrères ont

nettement réussi à isoler un microbe qui, inoculé à divers animaux, a reproduit chez eux les lésions caractéristiques de la dysenterie.

M. le Dr Decaisne a lu à l'Académie, dans cette même séance, un travail sur le vertige des fumeurs et M. Terrillon a rapporté trois nouvelles observations de salpyngite simple et purulente chez des malades opérées et guéries.

A. Ch.

HYGIÈNE SOCIALE

Nécessité d'une loi sanitaire

Par le Dr Barthélemy
Ancien chef de clinique de la Faculté.

(suite et fin) (1).

L'*hygiène générale*, appliquée avec réserve, avec discernement, avec compétence et réflexion, sans brutalité ni partialité, doit primer la liberté individuelle. En d'autres termes, l'intérêt individuel doit céder le pas à l'intérêt général. La liberté de l'individu ne saurait s'étendre jusqu'au point de compromettre les intérêts majeurs du plus grand nombre.

Voyons ce qui se passe dans d'autres domaines : les libéraux sont les premiers à préconiser l'obligation du service militaire, l'obligation de l'instruction. Ils violent pour cela non seulement la liberté individuelle de ceux qui ne veulent ni servir ni s'instruire, mais encore ils morcèlent l'autorité paternelle. Notons que nous approuvons hautement — eu égard aux temps où nous vivons — ces mesures qui subordonnent l'individu au plus grand nombre, et les intérêts personnels aux intérêts généraux ; la liberté individuelle n'est respectable, ne devient sacrée qu'autant qu'elle ne porte ni atteinte ni préjudice à la liberté ou aux intérêts de la majorité de la nation. Mais ne trouvez-vous pas lesdits libéraux bien mal venus à prétendre interdire aux hygiénistes (sous couvert de cette même liberté individuelle qu'ils viennent de fouler aux pieds avec tant de désinvolture pour telles raisons qui leur semblent excellentes) de penser qu'il devrait être défendu de pouvoir transmettre, ou impossible même de contracter une maladie contagieuse ? De quel mirage leur raison est-elle donc le jouet quand ils soutiennent que la société doit respecter la liberté de ceux qui refusent de se faire vacciner ou

(1) Voir *France médicale*, n° 45.

revacciner, de ceux qui se constituent ainsi à l'état de foyers permanents de contagiosité générale? Dire qu'il serait possible ainsi de supprimer la variole du cadre nosologique, comme jadis par l'isolement on a détruit la lèpre chez nous, comme à l'étranger par des mesures très sévères de police, on rend la rage inoffensive! De même, pourquoi ne pas contraindre à la désinfection des objets qui ont servi aux malades atteints de rougeole, coqueluche, scarlatine, etc. Pourquoi vouer à ces maladies ceux qui viendront après? Pourquoi ne pas prendre les mesures nécessaires pour délivrer notre espèce de ces déplorables tributs?

Cette indifférence pour la santé et même pour la vie humaine dans les cas précédents est déjà inexplicable, mais elle devient coupable lorsqu'il s'agit de la maladie qui fait l'objet de cette lettre sur l'hygiène; c'est qu'il n'est plus question ici de maladies aiguës, passagères, mais bien d'une maladie ayant une grande gravité et une durée si longue qu'elle est impossible à préciser exactement. Certes ce n'est pas une maladie déshonorante, elle est très loin de constituer un certificat de débauche; mais elle peut être si terrible dans ses conséquences qu'il y a lieu de mettre l'individu — la plupart du temps inconscient du danger — en garde contre de si graves et de si malheureuses éventualités. Bien plus, il ne s'agit plus ici seulement de l'individu, il est question de la race. Il ne s'agit plus d'un coupable ou d'un imprudent, il s'agit des femmes et des enfants du malade, lesquels sont innocents et pourtant constamment frappés!

Ignorez-vous donc la fréquence des contaminations de l'épousée vertueuse?

Vous qui, pour des raisons en apparence puissantes et très respectables, ou même en vertu des spéculations de l'esprit, et par pure théorie philosophique, vous opposez aux mesures si utiles que proposent les hygiénistes, savez-vous donc dans quelle effrayante proportion succombent les enfants héritiers d'un tel vice? Savez-vous le nombre des fausses couches, des avortements qui relèvent de cette cause, et rendez-vous compte par le fait de la diminution de la population qui en résulte.

C'est dans les livres, dans les mémoires, dans les statistiques, surtout dans les travaux de Fournier, que tous ces renseignements abondent. Et toutes ces innocentes victimes, n'aurez-vous donc pas pitié d'elles! Toutes ces nourrices contaminées par leur nourrisson ou inversement, tous les bébés roses infectés par la petite bonne, toutes ces sages-femmes, tous ces médecins dont la santé a été professionnellement compromise, toutes ces victimes innocentes des épidémies de famille ou de village ne vous serviront-ils donc jamais d'exemple ou d'enseignement? Ah! vous n'avez pas été comme

nous les témoins et les confidents des angoisses de ces pères qui, dans les moindres indispositions de leurs enfants, croient voir ou redoutent une manifestation ou un indice de l'éclosion du fatal héritage. Ce sont là des tourments incessants, des alarmes toujours menaçantes à l'occasion de la santé de ceux qui leur sont chers et qui dérivent d'eux bien plus que de la leur propre; ce sont là de véritables tortures morales, capables d'assombrir toute une existence, et cela pour un instant de défaillance ou plus exactement de mauvaise chance ! Combien ces malheureux auraient préféré être dépouillés de leurs biens : on eût puni l'escroc, on ne daigne pas agir contre ceux qui ont ruiné sa santé et détruit son bonheur ! Combien ils ont tort et combien ils sont cruels ceux qui, avec les Anglais, pensent que cette affreuse maladie est d'essence divine, seule capable d'enrayer les débordements, et par conséquent digne d'être conservée ! Et c'est dans la patrie d'Hutchinson qu'une pareille théorie — et notez qu'elle est actuellement triomphante — a pu prendre naissance? Là encore on retrouve la trace de ces moralistes pleins d'excellentes intentions mais tout à fait incompétents et incapables de juger la question dans sa réalité et dans la profondeur implacable de ses conséquences. Car, s'il y a quelques coupables, — et encore, à ce moment, ne sont-ils plus que des malades — il y a beaucoup plus d'inexpérimentés et surtout d'innocents dans toute l'acception du mot. Les médecins seuls peuvent mesurer toute l'étendue de ce mal qui, dans certains cas, a pu peser jusque sur la deuxième génération, parce qu'eux seuls sont au courant, étant les confidents de victimes qui, loin de proclamer leur mal, le cachent avec le plus grand soin.

Empêcher tout ce mal ce n'est point travailler pour la débauche, ainsi qu'en proteste énergiquement Fournier.

N'oublions pas qu'il s'agit ici des maladies dites bien à tort honteuses, car elles ne peuvent être, en bonne équité, considérées comme déshonorantes ni comme un certificat de débauche. Néanmoins les malades se taisent, les familles font le silence et ainsi se perd, même quand il est soupçonné, la trace du mal, lequel n'est avoué qu'au médecin. Voilà ce que nous voyons, nous autres médecins, et ce que nous constatons journellement, voilà ce que les philosophes et les littérateurs sont assez heureux pour ignorer. Mais allons plus loin : Cet enfant que, par des veilles et des soins de tous les instants, grâce à une sollicitude qui ne s'est pas démentie pendant les 15 ou 18 premières années, la mère a enfin arraché à la mort, que devient-il? c'est la plupart du temps un être peu robuste, peu intelligent, arriéré peu capable d'affection, voire de procréation; il s'agit donc d'une altération graduelle de la race. C'est donc d'un *péril national* qu'il est question ici; nous di-

rons même, comme la maladie est générale, qu'il s'agit d'un *mal social*. Fournier a dit, avec la plus grande raison, que la syphilis de la rue rebondissait jusque dans les familles les plus honnêtes. Nous ajouterons quo l'infection d'une nation, grâce aux affaires, aux voyages, rebondit journellement sur une autre. Il n'est pas une nation qui puisse rester indifférente à la disparition du mal. C'est donc le devoir de l'Académie, le devoir du corps médical de tous les pays, d'éclairer ceux dont la solution pratique dépend, de leur montrer la nature et l'étendue du mal et de les convier d'y remédier. Nous n'avons pas le droit de laisser nos semblables souffrir et mourir sans les avertir ou les prévenir du danger. L'hygiéniste digne de ce nom ne doit ni se lasser, ni se rebuter. Il doit proclamer la vérité et dire qu'il y a un mai, un mal formidable, auquel il est urgent de porter remède. Rappelons que nous sommes partisans de toutes les libertés, hormis celle de nuire et d'empoisonner : or ici il ne s'agit d'empêcher que des empoisonnements. Il faut, non supprimer, mais assainir. Si nous protestons contre la provocation, c'est surtout parce que nous sommes certains que toutes celles qui les pratiquent ne sont pas saines de corps. Ce n'est pour ainsi dire qu'une *question de voirie* que nous traitons. Ce n'est pas là sortir du domaine médical, d'autant plus que, comme vous le disait récemment encore un sénateur jurisconsulte éminent, « toute provocation scandaleuse peut et doit être considérée comme une infraction punie par le code pénal. Ce sont les tribunaux qui auront à apprécier comme pour l'escroquerie et pour tant d'autres situations délicates ».

Mais, dira-t-on, avec ce système, la femme seule est frappée bien que l'homme contribue aussi pour sa bonne part à la diffusion du mal. Cela est incontestable ; mais qui soutiendra qu'à ce point de vue la puissance de rayonnement, de diffusion, ne soit infiniment plus grande chez la femme que chez l'homme. Qu'on se souvienne de la fille qui infecta à elle seule 32 militaires dont deux moururent, l'un fou, l'autre paralysé. Les vénériens des champs ne sont pas rares. La maladie vient de la ville et passe ensuite à la campagne. D'ailleurs la femme seule fait commerce de son corps et c'est à *titre de commerçante* qu'elle doit être surveillée. Il y a surveillance nécessaire partout où il y a des trafiquants, des consommateurs et des marchands. Ces derniers, en cette affaire comme pour tous les autres, doivent subir un contrôle et les consommateurs trouver protection ; n'empêche-t-on pas le boulanger de mettre du plâtre ou de l'arsenic dans son pain. N'exige-t-on pas du marchand qu'il ne fuchsine pas son vin, et ne salicylate pas sa bière? La santé publique ne mérite pas moins de soins. Ce n'est donc pas soumettre les prostituées à une loi d'exception, c'est les faire rentrer dans le droit commun. D'autre part, les hommes coupables

de transmission pourraient d'ailleurs être poursuivis pour coups et blessures involontaires et condamnés, *quand la preuve sera possible*, comme dans le cas de nourrices, etc., à de forts dommages et intérêts. Mais ce sont là des détails d'application de loi dans lesquels nous ne voulons pas entrer ici, pas plus que dans certaines considérations sociales d'importance pourtant considérable. A titre d'exemple nous ne citerons que ce fait : la tolérance de la prostitution clandestine a pour corollaire inévitable l'accroissement continu de la corporation des souteneurs, cette armée du crime, ainsi qu'on l'a appelée non sans raison ; réglementer la première, c'est supprimer la seconde, nouveau service à rendre à la société. Celle-ci est doublement intéressée car les deux maux coexistent toujours et sévissent partout. Les pouvoirs publics ne peuvent rester plus longtemps indifférents à la prophylaxie des maladies contagieuses. Il est temps notamment qu'on pense à protéger la santé contre un fléau duquel *il n'est personne* qui, dans son être ou dans sa famille, puisse se dire ou se sentir certainement à l'abri !

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Remarques sur l'albuminurie causée par l'infection due aux égouts, *G. Johnson* (*British medical Journal*, 3 mars 1888). — On sait que les matières toxiques qui se dégagent des égouts peuvent engendrer des désordres très variés. A Londres, le système d'égout permet la putréfaction des matières excrémentitielles, qui renferment elles-mêmes les germes du choléra, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de l'érysipèle, de la diphthérie et même d'ulcérations variables de la gorge n'ayant pas le caractère diphthérique. Certaines pleuro-pneumonies ne reconnaissent pas d'autre cause que l'infection par les égouts. M. G. Johnson cite le fait d'un individu qui, ayant passé une nuit dans une chambre contiguë à un cabinet malpropre et non fermé, fut pris d'une pleuro-pneumonie. Un cocher qui occupait une chambre attenante ressentit quelques symptômes vagues et eut un abcès de la paupière. Mais l'auteur a observé un certain nombre d'albuminuries qui relèvent bien certainement du genre de cause incriminé. Il s'agit d'adultes qui ont éprouvé les premiers malaises après avoir déménagé pour habiter une maison insalubre sous le rapport de la construction des égouts. L'albumine était abondante ; l'urine renfermait parfois du sang et des cylindres hyalins et granuleux ; enfin elle était rare, et parfois existaient des symptômes

urémiques, tels que des vomissements, de la dyspnée ; la diarrhée était constante; une malade mourut après anurie complète. Le Dr Wade avait déjà fait remarquer que, parmi les maladies attribuables à l'infection par les égouts, la diphthérie est celle qui se complique dans ce cas le plus souvent d'albuminurie. La première indication à remplir dans le traitement de ces néphrites d'origine toxique est de soustraire le malade à la cause présumée de l'affection. . . .

L'idiosyncrasie dans la syphilis (*Edinburgh medical Journal*, *mars* 1888). — On sait communément que l'intolérance que présentent certaines natures au mercure et à l'iodure de potassium constitue un obstacle sérieux à l'emploi continu de ces médicaments. Le Dr Morrow a cherché à déterminer la signification et les conditions de cette idiosyncrasie. Celle-ci se manifeste par une facilité extraordinaire de la part de l'organisme à ressentir les effets physiologiques et toxiques, par la production d'affections surajoutées du côté de la peau, des muqueuses ou de certains organes; enfin par l'absence de réaction de l'organisme, qui ne répond pas à l'action curative que devrait produire le médicament. Il est rare qu'un même sujet présente une idiosyncrasie double pour le mercure et l'iodure. L'apparition d'éruptions plus ou moins graves, telles que le pemphigus, le purpura, est un signe de danger, et on doit cesser l'emploi de l'iodure. On a recommandé certains expédients dans le but de contrarier les effets fâcheux de ces médicaments, ce qui en permettrait l'usage. L'arsenic, l'acétate d'ammoniaque, la belladone, la sulfaniline possèderaient cette action correctrice. Mais le meilleur moyen de produire la tolérance est de prescrire le médicament avec les alcalins à hautes doses ou avec des agents qui stimulent l'activité secrétoire des reins. Si l'on ne peut vaincre l'intolérance par les méthodes ordinaires, il vaut mieux suspendre complètement le traitement spécifique et avoir recours aux toniques, aux altérants végétaux et insister sur le traitement local. Le peroxyde d'hydrogène produit le meilleur effet sur les ulcérations accompagnées d'une sécrétion purulente abondante. Il faut enfin tenir compte du régime : le Dr Sturges a remarqué que le mercure présente surtout les effets accessoires fâcheux lorsque les malades mangent certains jours du poisson salé. . . . . . .

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le ministre du commerce et de l'industrie, annonçant à l'Académie qu'il lui alloue,

sur sa demande, une somme de 2,000 francs par an pour créer chaque semaine une troisième séance de vaccination dans laquelle on emploiera uniquement le vaccin de génisse ; 2° un pli cacheté, déposé par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, contenant le dessin et la description d'un nouvel instrument d'obstétrique ; 3° un travail manuscrit envoyé par M. le Dr Dechaux, de Montluçon, intitulé : Une découverte dans les mystères de la conception ; 4° un travail de M. le Dr Pigeon, de Fourchambault, intitulé : Réflexions sur le cas de rage du soldat Marineau.

Du vertige des fumeurs, par M. le Dr E. *Decaisne.* — Je crois pouvoir résumer de la façon suivante les résultats de mes observations sur des fumeurs faisant un usage immodéré du tabac et présentant tous des vertiges plus ou moins fréquents, plus ou moins accentués.

1° Sur les 63 sujets de 29 à 66 ans que j'ai observés, 49 étaient âgés de 50 à 66 ans.

2° Plus de la moitié présentaient en outre des troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée, de la dyspepsie, une secrétion urinaire exagérée et des sueurs plus ou moins abondantes, de l'insomnie, des palpitations, un tiers des intermittences du pouls et de l'angine granuleuse, quelques-uns de l'emphysème, des aphtes, de l'amblyopie, des crachements de sang.

3° 37 de mes observations se rapportent à des fumeurs à jeun, chez qui le vertige se produisait surtout le matin.

4° L'apparition des vertiges coïncidait pour le tiers des cas avec la suppression des sueurs profuses et la diminution marquée de la sécrétion urinaire. Tous les physiologistes sauront interpréter ce phénomène.

5° Quelquefois les symptômes du vertige des fumeurs ont été confondus avec ceux de la congestion cérébrale et même des maladies du cœur. En effet, 8 des sujets soumis à mon observation ont été traités par suite d'une erreur de diagnostic, à Paris ou en province, pour des congestions cérébrales ou des affections cardiaques, et soumis aux saignées, aux purgatifs répétés, à la digitale, aux vésicatoires pendant un temps plus ou moins long, avec aggravation considérable de leur état. Je suis même porté à croire qu'un des vertigineux dont je rapporte l'histoire a dû la mort à une saignée faite mal à propos. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que, dans l'intoxication nicotinique, il y a d'abord un état de contraction des vaisseaux qui produit le vertige, puis la réaction survenant, les mêmes organes se dilatent, c'est la période de congestion. Les trois observations que j'ai rapportées me dispensent d'insister sur les signes qui différencient la congestion cérébrale classique et *les lésions du* cœur

d'avec le vertige des fumeurs. Un praticien attentif ne doit pas s'y tromper.

6° Le traitement général du vertige des fumeurs que j'ai toujours employé avec succès a consisté dans la suppression absolue du tabac et, dans quelques cas, dans la réglementation de l'habitude. J'y ai ajouté presque toujours quelques laxatifs, des bains tièdes, de la magnésie, des amers. Vingt-huit fois, j'ai fait aux malades en plein vertige des injections hypodermiques d'éther qui ont fait cesser les tournoiements en moins de 5 à 6 minutes.

7° Sur les 37 sujets qui fumaient à jeun, 33 ont vu disparaître les vertiges en ne fumant qu'après avoir mangé.

Des colonies scolaires. — M. *Rochard*, au nom d'une commission, lit un rapport sur un travail envoyé par M. le Dr Blayac, médecin inspecteur des écoles de la Ville de Paris et intitulé : Une colonie scolaire, vacances de 1887, tableaux anthropométriques.

C'est de Suisse que nous vient la première idée des colonies scolaires; à Paris, l'initiative en a été prise par la caisse des écoles du IXe arrondissement. Depuis, plusieurs autres arrondissements ont imité ce dernier : les résultats ont partout été analogues et toujours excellents. Tous les élèves ont notablement gagné en poids et en hauteur et, chez presque tous, le périmètre de la poitrine s'est notablement accru.

M. Blayac préconise beaucoup ces colonies scolaires de préférence aux voyages scolaires qui étaient en usage depuis quelques années : ces derniers devraient être réservés aux élèves des écoles supérieures, plus à même d'en saisir les enseignements.

Les résultats donnés par cette sorte de saison d'air pur ont été excellents dans tous les arrondissements. Malheureusement cela n'a que la valeur d'une expérience, et nous ne pouvons envoyer dans les colonies scolaires qu'à peine le centième des enfants de nos écoles. Je suis de l'avis de M. Blayac quand il préfère ces colonies scolaires aux voyages scolaires dont les enfants ne peuvent pas encore tirer parti.

Dans les grandes villes, pendant les chaleurs de l'été, les parents ne savent pas que faire de leurs enfants; il y aurait donc de nombreux avantages à généraliser ces colonies et à les étendre aux élèves de nos lycées et de nos collèges ; d'autre part, les voyages, en dehors des avantages qu'ils ont pour la santé des élèves plus avancés en âge, donneraient également de grands bénéfices au point de vue de leur instruction, ce serait le meilleur moyen de remédier à la sédentarité forcée dont souffrent les enfants de nos collèges.

Sur les microbes de la dysenterie épidémique. — M. *Cornil* lit un rapport sur un travail de MM. *Chantemesse* et *Widal*. On a déjà

trouvé des microbes dans la dysenterie, mais aucun savant n'avait pu, à l'aide de cultures, donner la dysenterie à des animaux et fournir ainsi la preuve de la spécificité des microbes trouvés. MM. Chantemesse et Widal ont retrouvé le même microbe dans les selles de quatre malades atteints de dysenterie des pays chauds. Ce microbe a des caractères morphologiques et pathogènes qui permettent de le distinguer très nettement.

C'est un microbe en bâtonnet à extrémité arrondie, très peu mobile, se colorant mal par l'aniline. Il ne liquéfie pas la gélatine. Des colonies isolées sur plaque de gélatine prennent, à une certaine période de leur développement, des caractères très nets pour le diagnostic. Jamais le diamètre de ces colonies ne dépasse celui d'une lentille.

A une autopsie faite à l'hôpital du Dey, à Alger, MM. Chantemesse et Widal ont trouvé ce microbe dans l'intestin, le foie, la rate et les reins.

Ces auteurs ont fait à des cobayes des inoculations de culture pure de ce microbe. On trouve, au bout de huit jours, des ulcérations intestinales recouvertes d'une matière pultacée, après ingestion par la bouche; l'inoculation intra-péritonéale fait mourir les animaux en deux ou trois jours. Les foyers sont surtout abondants dans les follicules clos; ces foyers sont analogues aux cultures pures faites quelques jours auparavant.

Les inoculations faites par la bouche provoquent surtout les lésions de l'estomac.

M. *Le Roy de Méricourt* rappelle qu'il y a une dizaine d'années, deux médecins de la marine, MM. Normand et Guinon, ont publié, dans les *Archives de médecine navale*, un travail dans lequel ils attribuaient à un microbe la diarrhée des pays chauds, mais il n'en est résulté aucun avantage au point de vue thérapeutique. Étant jeune médecin de la marine, M. Le Roy de Méricourt a été médecin à bord d'un paquebot chargé presque exclusivement de transporter des dysentériques. Jamais, dans ce cas, ni dans d'autres circonstances, il n'a observé un cas de contagion de la dysenterie des pays chauds.

M. *C. Paul.* Les expériences de MM. Chantemesse et Widal expliquent pourquoi Trousseau avait raison de défendre dans la diarrhée le bouillon et les boissons froides. M. Cornil vient, en effet, de nous dire que le microbe de la dysenterie se développait très vite dans l'eau et dans le bouillon.

M. *Cornil* connaissait très bien le travail de deux médecins de la marine dont a parlé M. Le Roy de Méricourt. Ces médecins avaient attribué la diarrhée des pays chauds à plusieurs sortes d'helminthes et de microbes; il n'y avait rien là de spécifique.

Au point de vue de la contagion, il est bien certain qu'on trouve de temps à autre, dans les pays chauds et même en France, des foyers épidémiques; dans ces cas, on peut bien croire que le microbe joue un rôle. Cela ne veut pas dire qu'un cas aigu de dysenterie soit contagieux d'un malade à son voisin. La cause de la maladie est importée à l'homme, mais ne le rend malade que dans certaines conditions spéciales de l'organisme. Il en est de même de la contagion des affections puerpérales.

Les objections faites par M. Le Roy de Méricourt, au nom de la clinique pure, n'infirment en rien l'idée de la contagion de la dysenterie.

M. *Rochard* a eu, comme M. Le Roy de Méricourt, l'occasion de naviguer à bord de nombreux transports rapportant des malades atteints de diarrhée des pays chauds sans voir jamais aucun cas de contagion. D'autre part, il suffit qu'un homme couche sur le pont le ventre découvert pour avoir de la diarrhée catarrhale des pays chauds. On s'enrhume par l'intestin, comme chez nous on s'enrhume par le nez et par les bronches. Cette diarrhée disparaît au bout de quelques jours.

Il y a au contraire des diarrhées de Cochinchine interminables; nous n'avons jamais vu d'exemple de transmission dans ces cas. Au contraire, dans les cas aigus, la contagion peut s'observer.

M. *Cornil*. Il ne faut pas confondre contagion et affection bacillaire. La lèpre, pour donner un autre exemple, est certainement une affection bacillaire, et cependant il n'est pas du tout évident qu'elle soit contagieuse.

M. Le Roy de Méricourt. La communication de M. Cornil montre quelles conséquences peut avoir l'affolement de personnes, même intelligentes, au point de vue de la crainte des microbes. On n'a plus maintenant le droit de vacciner d'homme à homme, puisque vous pouvez inoculer ainsi à l'état sporulaire des bacilles non seulement de la syphilis ou de la lèpre, mais même de la tuberculose et de bien d'autres affections.

M. *Cornil*. Des travaux faits sur ce sujet montrent qu'il n'y aurait aucun inconvénient à prendre pour vaccinifères des sujets même tuberculeux. C'est en particulier l'opinion de M. Straus.

Trois nouveaux cas de salpingite opérés et terminés par la guérison. — M. *Terrillon* rapporte trois nouvelles observations de malades atteintes de salpyngite catarrhale simple dont le diagnostic était difficile mais cependant possible.

Depuis plusieurs mois ces malades avaient, à cause de la purulence de la trompe, des phénomènes d'hecticité. Ces femmes étaient atteintes depuis quatre et cinq ans, et on avait pensé chez elles à diverses

affections générales. Ces femmes seraient mortes sans la chirurgie, qui au contraire les soulageait instantanément.

Remèdes secrets. — M. *Prunier* lit une série de rapports dont les conclusions toutes négatives sont adoptées sans discussion.

Thermothérape.—M. *Peyraud* (de Libourne) présente un berceau de fer battu doublé dans toute son étendue d'une caisse dans laquelle on met de l'eau chaude. Une lampe peut maintenir l'eau de cette caisse à une température absolument constante.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séances du 14 *mars* 1888. — *Présidence de M. le* Pr Verneuil.

(*Suite*).

M. Boudet de Paris indique quelques modifications qu'il a apportées dans le technique de l'électrolgie.

M. Bilhaut (de Paris) rapporte certains cas de scoliose dus à une inégalité primitive dans la longueur des membres inférieurs ; la scoliose ne serait que secondaire. Des semelles supplémentaires sous le membre le plus court seront le premier traitement, puis un traitement approprié sera suivi pour aider au développement des membres.

M. Redard (de Paris) déclare que le chirurgien doit faire lui-même les corsets orthopédiques, soit avec le feutre poroplastique ou la gutta percha, soit avec le plâtre ou le salicylate de potasse. Il donne quelques conseils au sujet de la suspension des malades comme l'a décrite Sayre.

M. Berrut (de Paris). Dans le toucher debout, on ne peut arriver à sentir la face postérieure du col de l'utérus, on ne pourra la sentir que dans les cas de rétroversion.

La rétroversion est parfois passagère et il faut attendre quelque temps avant d'instituer une thérapeutique.

L'application de l'anneau sigmoïde pendant la position genu cubitale pour faire la réduction de la rétroversion donne d'excellents résultats. Cette position genu cubitale serait la position normale si celle-ci ne tenait compte que de l'anatomie des organes génitaux de la femme. La position *more canino* est la position normale pour l'accouplement.

Séance du 16 *mars*. — *Présidence de* M. Verneuil.

Ouverte à neuf h. et demie, occupée par les communications ayant trait aux suppurations chroniques de la plèvre et de leur trai-

TEMENT, OPÉRATIONS DE LETIÉVANT ET ESTLANDER, INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS ET RÉSULTATS DÉFINITIFS.

M. Le Fort traite des indications et contre-indications de l'opération d'Estlander. Elle ne me paraît pas avoir de résultats très satisfaisants dans les cas de grandes cavités.

Un de mes malades opéré par M. Kirmisson porte encore une longue fistule. Par l'électrolyse j'ai obtenu la suppuration, mais aucun réel résultat. La santé n'est pas mauvaise, mais la fistule reste. Chez un second malade j'ai réséqué cinq côtes. Une cavité restant contenait encore 100 grammes, mais une fistule a persisté. A côté de cela on signale des guérisons complètes après les pleurésies enhystés, de petit épanchement.

Chez un malade apparut un accident que je signale. Pour m'assurer de la quantité de liquide, j'introduisais 100 à 120 grammes de liquide; le malade supportait bien l'injection, mais tout à coup il se renversa dans son lit et perdit toute mobilité et toute sensibilité. Le malade revint à lui conservant encore une paralysie du membre inférieur et un état mental tenant probablement à une apcplexie.

Il me semble que le nombre des fistules pleurales est plus fréquent qu'autrefois, et je me demande si le traitement actuel de l'empyème ne peut être accusé de cette augmentation. Les drains que l'on met actuellement constituent une mauvaise manœuvre. L'aspiration de la cage thoracique ne s'exerçant plus sur le poumon, celui-ci n'a pas de tendanoc à recouvrer son élasticité.

M. Thiriar. Sur 17 opérés, je n'ai perdu qu'un opéré de pleurésie. La pleurésie interlobaire peut constituer à un moment donné l'àbcès du poumon qui se vide mal par une vomique, ou des vomiques successives, mais le malade meurt de marasme. Dans ce cas il faut faire non seulement l'Estlander, mais encore la pneumotomie après ponctions dans le poumon. Dans deux cas j'ai pratiqué cette opératicn et j'ai obtenu les meilleurs résultats.

La large thoracoplastie donne du jour; de plus elle favorise l'affaissement et l'effacement de la cavité suppurante.

Dans les opérations que j'ai faites, je n'ai qu'un cas de mort, c'était une jeune fille qui eut une pleuro-pneumonie gauche.

7 guérirent sans aucun incident, 2 furent opérés trois fois et un deux fois.

Dans deux cas on dut réopérer par suite de la permanence ignorée d'un drain dans la plèvre.

M. Thiriar termine par quelques mots sur la technique opératoire. La résection doit être étendue, il vaut mieux réséquer trop que trop peu.

Il fait la résection sous périostée au point le plus éloigné du poumon.

Il accepte l'incision transversale; en faisant rétracter elle suffit pour enlever le nombre de côtes que l'on veut. Enfin on peut faciliter l'affaissement par une longue bande élastique.

M. Bœckel (de Strasbourg) a pratiqué douze fois l'Estlander, neuf guérisons et 3 morts, deux très rapides en quelques jours par phthisie rapide, l'autre chez un albuminurique qui mourut en trois jours. D'où abstention dans des cas semblables.

Sur les autres six guérisons complètes et durables, une temporaire deux incomplètes.

Il faut tenir compte de l'étendue de la cavité et de la réduction. Jamais M. Bœckel n'a trouvé de difformité du rachis à la suite. Les insuccès doivent être rapportés à la parcimonie de la résection. L'obstacle à la guérison réside dans la présence de l'arc postérieur des côtes qu'il faudra enlever, et même si cela est nécessaire, il faudra enlever l'angle de l'omoplate.

M. Vieusse (de Toulouse) fit trois fois l'opération d'Estlander. Dans les trois cas, il y avait une fistule. Un seul des opérés mourut de septicémie aiguë, 48 heures après l'opération. Chez ces malades les moyens de douceur n'avaient donné aucun résultat. Les cavités admettaient à peine 100 grammes, l'affection était ancienne, six mois au moins, de plus les malades étaient en bon état général. Telles étaient les raisons qui ont décidé M. Vieusse à opérer. L'auteur préfère l'incision en H.

M. Delorme (de Paris). Causes d'insuccès de l'opération d'Estlander. En réséquant vingt centimètres de côtes, c'est à peine si on arrive à combler une cavité de trois centimètres de profondeur. Aussi pour ne pas abandonner cette bonne opération, on pourrait, après résection, même peu étendue, faire la section de toute la hauteur du thorax, de façon à pouvoir obtenir son affaissement.

De grandes difficultés peuvent arrêter le chirurgien pour combler le cul-de-sac pleural supérieur, je proposerai de sectionner la paroi thoracique verticalement jusqu'à la première côte. Alors qu'on s'est mis dans les conditions mécaniques les plus favorables, une fistule persiste. Il est démontré que les pleurésies sont souvent tuberculeuses et il est certain que l'accolement est alors difficile. C'est alors que le grattage bien réglé, méthodique, précédé d'une incision centrale est alors un moyen qu'il faut préconiser.

Est-ce à dire que la guérison puisse être toujours obtenue! On peut admettre qu'il y a alors dans l'épaisseur des parois épaissies des noyaux tuberculeux qui prolongent l'affection.

M. *Bouilly* (de Paris). Sur 13 opérés, l'âge a été de 12 à 30 ans

sauf 1 après 40 ans. C'est entre 12 et 20 ans que se montrèrent les meilleures conditions. La disposition des cavités et des fistules était invariable.

1re classe. Très grandes cavités suppurantes avec rétraction totale du poumon. 2° Cavités grandes, le poumon quoique éloigné est annihilé. 3° Cavités moyennes, le poumon n'est pas partout éloigné de la cage thoracique. 4° Fistules ou trajets qui peuvent pénétrer plus ou moins loin. 5° Enfin, la combinaison de ces diverses variétés. L'état des parties molles n'a pas d'importance. L'état de la cavité pleurale est plus intéressant. Dans les cas de grand épaississement, résection de la plèvre étendue. Dans d'autres, la plèvre est ramollie, se déchire, il faut encore réséquer, mais le pronostic est plus grave.

J'en arrive aux conclusions suivantes : dans les très grandes cavités ne pas intervenir, c'est inutile et dangereux. Dans les deuxièmes l'intervention est utile chez les sujets jeunes, surtout quand la cavité ne dépasse pas la troisième côte et s'étend en bas plus qu'en haut. La meilleure condition est la classe des cavités moyennes. Pour un trajet fistuleux ascendant dont on peut atteindre la hauteur, il faut faire une longue et large résection. Le trajet doit en certains cas être raclé et touché au chlorure de zinc.

J'ai eu 3 morts, 2 malades n'auraient pas dû être opérés. L'un est mort au quatrième jour, septicémie, l'autre est mort quatre heures après. Un autre est mort après l'opération et il est mort faute d'une nouvelle intervention. Sur les 8 guéris, 4 sont guéris définitivement. Deux fois j'ai dû intervenir deux fois, l'autre a dû être repris, une côte a dû être réséquée à nouveau parce que le côté ne s'abaissait pas.

L'Estlander est une bonne opération qui sera encore supérieure lorsqu'on aura mieux apprécié ses résultats.

M. *Berger* (de Paris). Sans vouloir restreindre les indications de l'opération d'Estlander, je voudrais parler d'accidents extrêmement graves qui peuvent en être la suite. Ces accidents peuvent être dus au trouble mécanique amené par la suppression des côtes, surtout des côtes inférieures et en particulier de la dixième.

La respiration se trouve déséquilibrée, surtout chez un individu dont le poumon du côté opposé même n'a plus qu'un fonctionnement très médiocre.

Quand la seule affection du malade est une cavité suppurante septique, qu'il n'y a pas de troubles viscéraux, amylose, etc., je crois qu'il ne faut pas leur enlever cette seule chance de salut par l'abstention. Mais à condition, si le sujet n'est pas jeune, de ne pas toucher aux dernières côtes. Enfin je ne crois pas qu'il faille faire d'emblée de grandes et larges résections, on peut toujours chez les sujets

épuisés se contenter de 2 ou 3 côtes seulement, c'est-à-dire procéder par opérations successives.

M. *Kirmisson* (de Paris). Une observation que je peux suivre depuis quatre ans : Jeune homme ayant une fistule broncho-pleuro cutanée. Pas de bacilles. Dans le poumon malade on entendait encore le murmure vésiculaire.

Ouverture du 8e espace. Résection de la 6e, 7e et 8e côtes. Je bornai là l'opération. La cavité remontait très haut et je savais que l'opération était incomplète. Le lavage fut fait le huitième jour, la fistule bronchique était cicatrisée. L'année suivante restait une fistule pleurale, renfermant 95 grammes de liquide. Mais je pus enfoncer un stylet de 20 centimètres sur le sommet du poumon. Résection du poumon.

Rien n'entrava la guérison. Le pouls marqua 120, 130. Le malade guérit très simplement, mais il garda une petite fistule pleurale. Enfin, trois ans après son opération, je le revis (1887) et actuellement il porte encore une petite fistule dans laquelle on peut à peine injecter 20 grammes de liquide, mais présentant une grande longueur vers le sommet du poumon.

(*A suivre*).

NOUVELLES

Ecole du Val-de-Grace. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Perrin, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, membre du comité consultatif de santé, est placé, à dater du 13 avril 1888, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs de l'armée.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier, reprendra ce cours le vendredi 20 avril, à 9 heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : le mardi, leçon au lit des malades ; le vendredi, leçon à l'Amphithéâtre (10 heures) ; — le jeudi, démonstrations sur l'Anatomie pathologique de la peau, par M. le Pr Darier, chef du laboratoire d'histologie.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 47. SAMEDI 21 AVRIL 1888.

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible]
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...dresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
...es ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

55e Année. — Tome I. N° 47 Samedi 21 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

—

Les contractures

Si l'étude des contractures offre tant de difficultés, c'est qu'elle embrasse nombre d'états différents qu'on n'a pu séparer que par suite des progrès de la physiologie, de l'anatomie pathologique et de la clinique. L'histoire de ce symptôme qui, en de nombreuses circonstances, garde une individualité propre et constitue sinon une maladie du moins un phénomène pathologique de premier ordre, a été considérablement modifiée par les travaux de M. le professeur Charcot et de ses élèves. Le travail inaugural de M. Paul Blocq résume heureusement les acquisitions de l'anatomie pathologique et de la clinique sur ce sujet. Si l'on comprend, comme l'a fait M. Blocq, sous le nom de contracture tout état pathologique du muscle caractérisé par la raideur involontaire et durable, on verra par l'étude clinique du symptôme que les raideurs musculaires diffèrent entre elles par certains caractères. Les unes méritent en effet vraiment le nom de contractures par leur origine et leur cause, qui sont les mêmes; elles se caractérisent par la présence d'un élément spasmodique qui fait défaut dans l'autre groupe ; les réflexes tendineux sont toujours exagérés, souvent on constate la trépidation épileptoïde ; habituellement, c'est tout un groupe synergique de muscles qui est affecté, les réactions électriques sont normales et le sommeil chloroformique ainsi que l'anémie provoquée dans le membre par l'application de la bande d'Esmarck la font disparaître ; enfin on trouve souvent comme cause occasionnelle un traumatisme. Les autres contractures n'ont de commun avec la dernière catégorie que la raideur du muscle, mais elles en diffèrent par des caractères pour ainsi dire opposés; enfin on trouve des lésions diverses des muscles. M. Blocq a proposé de donner le nom de pseudo-contractures à ce groupe qui réunit d'ailleurs des rigidités ayant des causes, des ca-

ractères, une évolution et par conséquent un traitement différent.

L'analyse physiologique et clinique de tous les caractères de la contracture spasmodique conduit à la démonstration de son mécanisme. La condition essentielle de l'accident est l'irritation des cellules motrices. Le mode qui détermine l'éréthisme des éléments nerveux créé les variétés pathologiques qu'affecte la contracture. L'irritation peut être ainsi produite directement par un agent toxique ou par suite de l'absence de l'inhibition cérébrale, soit d'une façon indirecte par une voie réflexe qui peut être périphérique ou centrale. Quelles que soient les excitations provoquées par les affections qui donnent lieu à la contracture spasmodique, ce sont toujours les cellules des cornes antérieures de la moelle qui sont constamment excitées, c'est alors pour ainsi dire la caractéristique physiologique des vraies contractures. L'étude des contractures provoquées telles que Charcot les a fait connaître sous le nom de contractures psychiques. chez les hystériques, soit à l'état de veille, soit dans l'hypnotisme, est la vérification de la théorie physiologique ou de la physiologie pathologique à laquelle M. Blocq consacre des pages importantes dans son travail.

Dans son évolution la contracture spasmodique offre encore des caractères spéciaux qui la distinguent des pseudo-contractures. Avant même qu'elle soit constituée, elle existe en puissance car la moindre excitation peut la faire naître. C'est cet état que M. Charcot a désigné du nom de diathèse ou opportunité de contracture. L'exagération des réflexes, la tendance spasmodique qui traduisent le spasme latent témoignent de l'éréthisme des cellules motrices de la moelle. Cette première période peut durer plus ou moins longtemps jusqu'au jour où une excitation plus violente, le plus souvent un traumatisme révèle la contracture jusqu'alors latente. Un effort, une chute, une fracture, une contorsion sont les causes les plus communes dans les cas compris par M. Charcot sous le nom d'hystéro-traumatisme et qui ont été précédemment étudiés par M. Berlier. La contracture ainsi constituée peut persister indéfiniment, ce qui n'est pas le cas le plus commun. Elle disparait en général spontanément si l'on a soin de se garder de toute tentative chirurgicale inopportune. Lorsque la contracture est persistante, elle peut conduire à des troubles trophiques variables dont les plus communs sont les atrophies et les rétractions tendineuses.

C'est un fait que les études de M. Charcot ont bien démontré, que la contracture hystérique peut être suivie de rétractions fibro-tendineuses; celles-ci deviennent une cause irrémédiable de désordre dans les mouvements par leur persistance après la guérison de la contracture. L'intervention chirurgicale est alors la seule chose à tenter, et

les observations montrent la nécessité d'une opération qui est à peu près constamment favorable. Pour reconnaître la contraction tendineuse on est quelquefois obligé d'avoir recours à la chloroformisation qui dissipe la contracture et permet de constater que les mouvements sont possibles dans certains sens. L'absence de réflexes tendineux, de la trépidaion spinale, de la résistance propre observée pendant qu'on imprime des mouvements à l'articulation contracturée sont des caractères négatifs suffisants pour distinguer la rétraction tendineuse de la contracture qui n'existe plus. Quelles sont les causes qui favorisent cet accident?

M. Charcot pense qu'il faut incriminer l'arthritisme. Mais ce n'est là qu'une tentative d'explication, car on n'a pas constaté une plus grande fréquence de ces rétractions fibrineuses chez les sujets entachés d'arthritisme et on les constate également chez ceux qui ne sont pas rhumatisants. M. Blocq est disposé à croire que cette rétraction est produite par la rupture de fibrilles tendineuses particulièrement fragiles dans la contracture; la cicatrice produite dans les ruptures provoqueraient ensuite la rétraction du tendon.

Quant au traitement de la contracture spasmodique, étant donné qu'elle est hystérique, il varie suivant qu'elle est imminente ou constituée. Dans les cas récents, le massage, l'électricité, les esthésiogènes, la suggestion même, sont des moyens qui comptent tous des succès à leur actif; ils offrent moins de chance de succès lorsque la contracture est constituée depuis longtemps. S'il y a seulement imminence de contracture, il faut en général s'abstenir, la moindre intervention suffisant pour la déterminer d'une façon permanente. Enfin lorsque la contracture a produit des rétractions tendineuses, l'intervention chirurgicale serait contre-indiquée tant que la contracture subsiste.

Les contractures qui ne présentent pas le caractère spasmodique ont été étudiées par M. Blocq sous le nom de pseudo-contractures; elles dépendent non d'une altération de la moelle, mais d'un état pathologique du muscle. Celui-ci donne à la palpation la réaction d'une dureté fibreuse dépourvue de toute rénitence; l'élasticité musculaire est presque abolie et on éprouve une résistance très grande lorsqu'on cherche à vaincre la contracture. Les muscles ne sont pas atteints par groupes synergiques mais isolément, ou bien il n'y a pas d'association fonctionnelle entre les muscles qui sont atteints.

Les réflexes tendineux ne sont pas exagérés ou bien ils sont diminués ou abolis. Les muscles conservent leur volume, sont augmentés ou diminués de masse selon la lésion dont ils sont le siège. Le chloroforme, qui dissipe, les vraies contractures est sans effet sur les pseudo-contractures. Enfin les réactions électriques des muscles

atteints sont très variables et dépendent avant tout des lésions diverses qui déterminent la contracture. Celle-ci n'a pas de tendance à se généraliser, elle reste toujours un accident local très limité sur lequel le traumatisme n'a aucune action étiologique.

Ainsi donc, tandis que la contracture spasmodique représente une entité séméiologique bien définie, qu'elle est une au point de vue symptomatique, physiologique et anatomique, la rigidité de la pseudo-contracture n'offre pas ce caractère d'unité, ni dans ses symptômes, ni dans ses causes; la raideur musculaire est le seul phénomène commun et banal à toutes les pseudo-contractures. Elle survient à la suite du traumatisme intéressant profondément la substance musculaire, à la suite de tumeurs, de gommes, ou d'inflammations qui se développent dans le muscle. Les lésions qui déterminent la contracture non spasmodique des muscles sont donc multiples et font que cette forme de contracture échappe à une étude d'ensemble.

Toutefois M. Blocq s'est attaché à l'étude de certaines formes de ces contractures particulièrement dignes d'intérêt. De ce nombre est celle qui survient sous l'influence d'une ischémie intense et prolongée, par suite de l'oblitération d'un tronc artériel. Si cette oblitération est incomplète, la rigidité ne survient que pendant le travail du muscle dont l'irrigation sanguine se trouve alors insuffisante. Ce sont ces faits que H. Bouley et Charcot avaient signalés depuis longtemps sous le nom de claudication intermittente, et dans lesquels la contracture se produit par un processus très analogue à celui de la rigidité cadavérique. Au microscope, c'est une augmentation de la striation longitudinale qu'on observe, témoignant d'une dissociation des fibrilles par l'action d'un œdème interstitiel. Ce qui semble bien indiquer la réalité du processus mentionné, c'est non seulement la perte des réactions électriques normales, mais encore l'absence de rigidité cadavérique après la mort.

La raideur musculaire dans la maladie de Parkinson est un symptôme dont on doit la connaissance à M. Charcot et l'on trouvera dans le travail de M. Blocq les raisons qui plaident en faveur de l'origine musculaire des contractures observées dans la paralysie agitante.

Enfin la plupart des amyotrophies progressives s'accompagnent de lésions scléreuses des muscles aboutissant à une transformation fibreuse qui commande les phénomènes de rigidité musculaire communs à ces myopathies.

Nous ne pouvons que renvoyer à la thèse de M. Blocq pour la physiologie pathologique de ces pseudo-contractures et leur anatomie pathologique qui est accompagnée d'une planche explicative remarquable.

L. Jumon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *avril* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

KYSTES DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — M. *Magitot* partage l'opinion de M. Berger au sujet du kyste dont l'observation a été donnée par M. Quénu. Il s'agit bien évidemment d'un kyste alvéolaire. L'hydropsie du sinus n'existe pas.

M. *Terrier* dit que M. Quénu a abandonné une idée de kyste du sinus; le point important était dans l'occlusion d'une perforation faisant communiquer le sinus avec la bouche. Œdème aigu du larynx.

M. *Monod* croit que le malade dont il a été question dans le rapport de M. Charcot à la dernière séance est mort d'œdème aigu du larynx; il rappelle des cas analogues cités par Boerhave, par Trousseau, etc.

M. *Desprès* maintient que la plaie trouvée à l'autopsie est le résultat de l'ouverture d'un abcès.

PLAIES DE L'ABDOMEN. — M. *Desprès.* Pour juger de l'opportunité d'une intervention chirurgicale dans les plaies de l'abdomen, il faudrait que chaque chirurgien vînt apporter sa statistique qui permît de comparer.

Pour moi, j'ai eu depuis que je suis à la Charité à traiter 7 plaies pénétrantes de l'abdomen; je me suis abstenu. 2 malades seulement sont morts, et dans un cas, à l'autopsie, j'ai trouvé une plaie du rein et une double plaie du côlon descendant. On conviendra que ces lésions étaient au-dessus des ressources de l'art.

Deux symptômes importants aident à reconnaître l'existence d'une plaie de l'intestin, le ballonnement du ventre et la stupeur spéciale empreinte sur les traits du blessé. En l'absence de ces deux symptômes, je suis tranquille sur l'issue de la blessure.

M. *Tillaux.* Pour mon compte, j'estime que dire qu'on doit intervenir dès qu'un accident anormal se présente, est exposer le chirurgien à de grandes incertitudes; à quel moment commencera ce phénomène anormal?

J'aimerais mieux l'opinion catégorique de M. Championnière, qui dit qu'on doit ouvrir le ventre dès que la preuve de la pénétration est faite.

Pour moi, j'aime mieux au fond m'abstenir, parce que beaucoup de plaies pénétrantes de l'abdomen et de l'intestin guérissent et qu'une intervention est toujours grave dans ce cas, parce qu'on ignore l'étendue des désordres qu'on aura à constater, et à cause de la longueur des manœuvres qu'on a à exécuter.

Un homme atteint d'une plaie abdominale qui me fut apporté ayant

déjà du ballonnement du ventre et chez lequel je ne voulus pas intervenir, parce que je ne pouvais me rendre compte de l'étendue des lésions, est mort dernièrement dans mon service. Je voulus faire sur le cadavre l'opération qui aurait été nécessaire sur le vivant. Je ne pus rien voir que la péritonite ; ce n'est qu'en faisant l'autopsie d'après les règles ordinaires que je pus constater l'existence d'une plaie de la rate et du rein, sans lésions intestinales, contre lesquelles une laparotomie eût été impuissante.

M. *M. Sée.* Sur deux malades atteints de plaies de l'abdomen probables, l'un est guéri et l'autre mort, et chez ce dernier les accidents sont survenus si inopinément et ont marché si vite que toute intervention eût été inutile.

Je ne suis pas édifié sur ce point de pratique. Je crois que les plaies de l'abdomen pourraient être explorées utilement, en se servant toutefois des précautions antiseptiques les plus minutieuses, on pourrait être ainsi édifié sur la pénétration de la balle, et on fixerait son intervention d'après le résultat.

EXTIRPATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS. — *M. Bouilly.* J'ai observé six malades atteints de salpingo-ovarites à des degrés divers.

Ces salpingo-ovarites ont en général une origine puerpérale, elles ont une évolution lente avec des intermèdes de calme et de douleurs. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal, au besoin sous le chloroforme, permet de reconnaître les lésions.

Pour les enlever, on fait une incision sur la ligne médiane, les annexes de l'utérus sont en général adhérentes aux parties voisines, il faut les décoler, les pédiculiser et les couper au ras de l'utérus.

Les suites sont simples.

Sur six malades, cinq sont guéries radicalement, la sixième est notablement améliorée, quoiqu'elle présente quelques signes de névralgie lombo-abdominale.

Séance du 18 *avril.*

PLAIES PÉNÉTRANTE DE L'ABDOMEN. — M. *Chauvel.* J'ai déjà fait connaître mon opinion au sujet des plaies pénétrantes de l'abdomen, je ne publierai ici qu'une observation envoyée par M. Tarsière (de l'armée).

Le 30 janvier M. Tarsière est appelé auprès d'un homme qui venait de se tirer un coup de revolver calibre 11. La plaie siégeait au côté gauche du thorax, sur la ligne du mamelon. Douleur vive dans la région. On le déshabille et on voit que la balle est arrivée sur le côté droit de la colonne vertébrale, au niveau de la douzième dorsale; douleur très vive dans les deux épaules.

Onze heures après, cathétérisme donnant issue à de l'urine sanguinolente.

Mort dix-sept heures après l'accident d'une syncope.

Autopsie: Fracture de la septième côte, diaphragme perforé et plaie diaphragmatique obturée par un bouchon épiploïque.

Un épanchement d'un litre et demi de sang dans l'abdomen.

Rein gauche seul réduit en bouillie.

Le trajet de la balle passait entre la onzième et la douzième dorsale, absence de lésions du foie qu'on avait cru exister à cause des douleurs de l'épaule.

L'absence de lésions intestinales paraît due au glissement de la balle et surtout au trajet postérieur de la plaie.

Le blessé est mort de syncope ; il a succombé à une hémorrhagie.

A ce point de vue, cette observation se rapproche de celle de M. Berger.

Devait-on intervenir? Oui, répond le rapporteur. L'auteur n'a pu discuter l'intervention parce qu'il a attendu l'apparition d'accidents pouvant l'indiquer. Il ne paraît pas du reste s'être préoccupé de l'existence de l'hémorrhagie.

Il faudrait pour pouvoir intervenir à temps mieux préciser les signes du début de l'hémorrhagie à marche lente. Tant qu'on ne l'aura pas fait, on sera en droit de défendre l'intervention immédiate qui permet, dans le cas d'hémorrhagie, d'aller en tarir la source avant qu'elle soit devenue trop abondante.

M. *Trélat*. Dans la discussion qui a eu lieu il y a un an, j'ai dit que toutes les blessures de l'intestin étaient mortelles.

Les recherches de M. Reclus ont montré que les balles de revolver frappant l'abdomen ont toutes chances pour être des blessures de l'intestin.

Nous avons dit que toutes les plaies de l'intestin étaient mortelles, qu'elles ne guérissaient que par l'intervention.

L'oblitération spontanée par la muqueuse est possible. Mais cette oblitération a été démontrée illusoire et dangereuse.

M. Trélat, discute une des observations de M. Després où il dit qu'une balle a traversé l'abdomen ; à l'autopsie il a trouvé le rein détruit et le côlon traversé en deux points, c'était un cas à intervention et à néphrectomie.

La discussion en est à ce point qu'aucun fait ne témoigne contre les interventionnistes ; un fait de M. Sée et celui de M. Després sont en notre faveur.

On peut être impuissant dans certains cas ; mais il ne faut pas négliger ceux où l'on peut être puissant.

Aussi disais-je que, dès qu'on aura des raisons de supposer que les

parties libres de l'intestin sont lésées, il faudra intervenir, de même quand on sera sûr que la balle a simplement traversé l'abdomen.

Quand la balle est perdue, on peut faire l'exploration de la plaie, et si cette exploration nous donne la certitude que la plaie est pénétrante, intervenir.

Quand le projectile est petit, le trajet étroit, s'il y a collapsus, tympanisme général, intervenir immédiatement.

S'il n'existe aucune raison de croire que la plaie est pénétrante, mais s'il se produit un accident, intervenir encore.

M. *Championnière*. On m'a fait dire qu'il faut toujours ouvrir l'abdomen; j'ai dit seulement : Si j'étais sûr qu'une plaie de l'abdomen fût pénétrante, je ferais la laparotomie; la question du diagnostic est le point délicat, litigieux.

Si on a affaire à une blessure du rein, on peut très bien faire la néphrectomie.

M. *Desprès*. Je reconnais que, de toutes les observations publiées jusqu'ici, une seule me paraît justiciable de la laparotomie; c'est l'observation de M. Sée où il n'y avait que deux plaies de l'intestin pouvant être fermées par la laparotomie.

Le diagnostic de l'organe blessé dans l'abdomen est possible, on peut le faire dans beaucoup de cas. Dans mon cas, si je m'en suis abstenu, c'est que j'ai fait le diagnostic de la lésion rénale et de la lésion intestinale.

Quand on a fait le diagnostic d'une lésion du rein, on doit s'abstenir.

Quand on a une plaie de l'abdomen au-dessous de l'ombilic, et comme on a toutes les chances d'avoir une plaie intestinale, je suis d'avis qu'on peut faire la laparotomie.

M. *Reclus*. Je crois que c'est dans le cas d'hémorrhagie interne que la laparotomie donne le plus brillant résultat. Malheureusement le diagnostic est très difficile et on peut confondre l'hémorrhagie avec le choc; or ce qu'on nomme choc me paraît être le résultat de l'hémorrhagie; je crois que, contrairement à ce qu'on disait autrefois, le choc serait une indication de l'intervention.

M. Trélat nous disait que toute plaie de l'intestin était mortelle. Il s'appuie ici une statistique d'Otis qui est très mal faite, les chiffres sont contestables. De plus, elle porte sur des plaies par armes de guerre ; or, il s'agit ici de plaies par des balles de revolver.

C'est aller trop loin et faire une pétition de principe.

M. Championnière dit que toute plaie qui guérit est une plaie non pénétrante. Il n'en sait absolument rien.

On a parlé des bouchons muqueux venant obturer la plaie , je crois ce mode d'occlusion très rare.

On a dit qu'il était aussi septique, mais il détermine des adhérences plutôt qu'il ne détermine une péritonite généralisée.

L'anus contre nature à la suite de plaies de l'intestin montre l'existence de ces adhérences et la possibilité de la guérison.

La fermeture de l'intestin se fait par des adhérences, surtout, et ces adhérences se font très rapidement en quelques heures; l'intestin n'est pas partout plein, il s'agit d'empêcher les matières fécales d'arriver au niveau de l'orifice des balles pendant le temps nécessaire pour que ces adhérences se produisent.

On n'a pas le droit de rejeter les cas qui ont guéri. Nous sommes d'accord pour dire que 97 0/0 des plaies de l'abdomen sont des plaies de l'intestin. Comme un certain nombre de plaies de l'abdomen guérissent, il faut admettre que les plaies de l'intestin guérissent.

On peut faire l'exploration du trajet; je l'ai faite et cela m'a permis d'affirmer que la pénétration avait lieu.

De ce qu'une plaie péri-ombilicale a guéri, on peut conclure que c'est une plaie intestinale qui a guéri. Si encore la laparotomie ne consistait qué dans une incision et dans l'examen direct, je la comprendrais; mais cette incision est suivie d'une longue et laborieuse recherche qui est très dangereuse, beaucoup plus dangereuse en elle-même que la plaie et souvent infructueuse. Aussi avant d'intervenir, je demaude qu'il y ait des indications d'intervention; sinon je m'abstiens.

M. *M. Sée.* L'observation de M. Verchère dont a parlé M. Trélat et la mienne se rapportent au même malade.

J'accepte de tous points les réflexions et la pratique de M. Trélat; je demande qu'on propose le laparotomie quand il y a plaie pénétrante et non pas seulement plaie intestinale.

J'insiste sur l'importance de l'exploration par le stylet qui permet de tomber sur la lésion même et de faciliter les recherches. Cette exploration doit être faite dans tous les cas.

M. *Trélat.* La discussion est arrivée à ce résultat que M. Després s'est arrêté aux mêmes conclusions que nous.

Pour M. Reclus, il est difficile de croire qu'il soit jamais interventionniste.

Je lui dirai qu'une plaie peut avoir l'air pénétrante sans l'être.

Il y a deux doctrines : celle des chirurgiens qui veulent intervenir quand même en présence d'une plaie abdominale, et ceux qui veulent attendre des indications.

M. *Tillaux.* J'ai eu dans mon service un garçon qui a reçu en plein ventre une balle de revolver qui a traversé le rein : il y a eu de l'hématurie : il me paraît difficile que l'intestin n'ait pas été

aussi atteint ; il a guéri, une plaie pénétrante de l'abdomen par petit projectile de guerre peut donc très bien guérir.

Autant l'intervention est acceptable dans un coup de couteau, autant elle est discutable dans les cas de plaies par balle où on ignore l'étendue des désordres.

Je crois qu'il y a plus de mort par l'intervention que par les balles elles-mêmes.

M. *Reclus*. Je rappellerai l'observation de Chédevergne dont le malade a eu, à quatre reprises différentes, des melæna qui indiquaient une plaie de l'intestin grêle ; il a guéri.

Il y a 10 observations semblables dans la science : elles se feront tous les jours plus nombreuses.

M. *Berger* présente un spéculum, construit par M. Collin, qui convient dans les opérations à pratiquer sur l'utérus.

M. *Routier* présente un utérus atteint de cancer du corps.

P. Bazy.

NÉCROLOGIE

Le Dr Pion (P.), de Poitiers, reçu en 1880, directeur du journal le *Poitou Médical*.

On annonce de Rochefort la mort de M. Maher, directeur du service de santé de la marine en retraite, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

Le Dr Amédée Devade, député du Loiret, décédé à Gien, à l'âge de 70 ans. Médecin en chef de l'hôpital de Gien de 1847 à 1851, M. Devade fut révoqué au coup d'Etat. Ses compatriotes le nommèrent conseiller municipal. Il fut décoré après la guerre pour les services qu'il avait rendus dans les ambulances de l'armée de la Loire. Il fut élu député du Loiret en 1876 et réélu en 1877, 1881 et 1885.

NOUVELLES

Asile d'aliénés. — Par arrêtés ministériels, en date du 29 mars 1888 : M. le docteur Briand, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif, est promu à la deuxième classe du cadre (effet du 1er janvier). Il recevra, en conséquence, outre les avantages en nature dans l'établissement qui lui ont été précédemment attribués, le traitement de six mille francs (6,000 fr.), déterminé par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875.

M. le docteur Chambard, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, est promu à la classe exceptionnelle du cadre, à partir du 1er mars 1888. Il recevra, en conséquence, à dater de cette époque, le traitement de quatre mille francs (4,000 fr.) déterminé par le décret du 4 février 1875.

M. le docteur Taule, directeur de l'asile Sainte-Anne, est promu à la première classe du cadre (effet du 1er janvier 1888). Il recevra, en conséquence, outre les avantages en nature dans l'établissement qui lui ont été précédemment attribués, le traitement de sept mille francs (7,000 fr.) déterminé par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875.

SUPPRESSION DE L'INSPECTORAT GÉNÉRAL DE LA MÉDECINE. — Sur un amendement de M. Cornil, le Sénat avait tout d'abord rétabli les crédits nécessaires pour le maintien des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur; mais la Chambre des députés ayant repoussé cette augmentation, le Sénat a adopté définitivement la suppression desdits inspecteurs. En conséquence, il n'y a plus, à dater du 1er avril, d'inspecteur général dans l'ordre de la médecine, fonction occupée par M. Gavarret.

Sont nommés inspecteurs généraux honoraires de l'instruction publique: MM. Berthelot et Gavarret.

DÉCRET CONCERNANT LES MÉDECINS AUXILIAIRES DE L'ARMÉE. — Le ministre de la guerre vient de faire adopter le décret suivant :

Article 1er. — Les officiers de santé et les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, compris dans la catégorie des hommes dits à la disposition, ou appartenant soit à la disponibilité, soit à la réserve de l'armée active, soit à la réserve de l'armée territoriale, peuvent être employés, en cas de mobilisation, au service de santé de l'armée, à l'effet de seconder dans les corps de troupes, dans les hôpitaux ou dans les ambulances, les médecins du cadre actif, de réserve ou de l'armée territoriale.

Art. 2. — Ils sont nommés à l'emploi de médecin auxiliaire, après avoir subi un examen d'aptitude dont les matières sont fixées par un règlement spécial.

Art. 3. — La position dans la hiérarchie militaire des médecins auxiliaires est celle des adjudants-élèves d'administration du service des hôpitaux.

Leur solde, en temps de guerre, est la même que celle de ces adjudants-élèves.

Leur uniforme est déterminé par un règlement spécial.

Ce même décret supprime les emplois de pharmacien auxiliaire. Des dispositions transitoires règleront la situation des pharmaciens auxiliaires.

ECOLES DE SANTÉ DE LA MARINE. — A la suite des négociations engagées entre le ministre de l'instruction publique et celui de la marine, l'Université a consenti à laisser aux écoles de médecine navale l'équivalence, au point de vue de l'inscription pour le doctorat, mais seulement jusqu'à la fin de 1888.

EXPERTISES JUDICIAIRES. — Le Parquet de Montpellier s'étant permis d'opérer une réduction d'un tiers sur le chiffre des honoraires réclamés par trois professeurs de la Faculté de médecine de cette ville, ceux-ci ont décidé de ne plus accepter aucune expertise judiciaire.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE tiendra sa session générale le jeudi, 26 avril prochain, au palais des Sociétés

savantes, rue Serpente, 28, près de la Faculté de médecine, à 8 heures du soir.

Ordre du jour : 1° Election du président; 2° Correspondance; 3° Situation financière; 4° Rapport sur la demande de modification de l'article 12.

Communications. — 5° Observation de cancer du larynx. Considérations sur la laryngectomie par M. Charazac, de Toulouse; 6° Etude critique de l'épreuve de Weber, ou du Transfert du D-V (*diapason vertex*) suivant l'oreille close, par M. Gellé, de Paris; 7° Observations de névroses réflexes d'origine nasale, par M. Ruault, de Paris; 8° Remarques sur certaines obstructions nasales, par M. Miot, de Paris; 9° Des sténoses nasales, par M. Baratoux, de Paris; 10° De l'épilepsie d'oreille comparée aux autres épilepsies, par M. Boucheron; 11° Rôle de la corde du tympan dans la gustation d'après quelques observations chez l'homme, par M. Boucheron, de Paris; 12° Contribution à l'étude des troubles laryngés chez les tabétiques, par M. Ruault; 13° Fibrôme s'implantant sur le cornet inférieur gauche, par M. Noquet, de Lille; 14° Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de deux ans guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes, par M. Ménière, de Paris; 15° Communications diverses par M. Moura, etc.

Bulletin de la mortalité *du* 8 *au* 14 *avril* 1888. — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 7. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 39. — Phthisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 52.

Méningite, 48. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 49. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 77.

Bronchite aiguë et chronique, 84. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 107.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 54.

Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 37. — Sénilité, 35. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 1082. — Résultat de la semaine précédente : 1174.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy succ[...]
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

E-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 48. MARDI 24 AVRIL 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 48 Mardi 24 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 23 avril 1888.

L'Association des médecins de la Seine.

L'Association des médecins du département de la Seine a tenu, hier dimanche, sa cinquante-cinquième assemblée générale annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

L'Association reste financièrement dans un état prospère, mais le président a pu se plaindre avec raison de la diminution du nombre des adhérents. Les 23 admissions faites cette année ne compensent pas les 27 décès et les 10 démissions signalées dans le rapport du secrétaire général adjoint. Cela fait une diminution de 14 membres, chiffre énorme pour une seule année.

Recherchant les raisons de cette diminution, M. Brouardel a montré que l'on pouvait invoquer plusieurs causes, mais la plus certaine est l'indifférence d'un trop grand nombre de nos confrères ; on ne saurait, en effet, incriminer le nombre des sociétés nouvelles basées sur des principes différents, mais dont le but est toujours le même : celui de relever la condition matérielle et la valeur morale de la profession. Il suffit de parcourir, par exemple, la liste des médecins qui font partie de l'Association médicale mutuelle en cas de maladie, société dont il a surtout été question dans cette séance, pour voir que la plupart appartiennent déjà soit à l'Association des médecins de la Seine, soit à l'Association générale des médecins de France, souvent même aux deux à la fois. Cette raison n'aurait donc aucune valeur, et il est bien plus légitime de conclure avec M. Brouardel que les médecins doivent être rangés en deux classes : ceux qui sont prévoyants et ceux qui ne le sont guère.

Pour triompher de cette imprévoyance, l'honorable président engage chacun de nous à solliciter l'adhésion de nouveaux confrères, surtout à leur conseiller de faire autant que possible partie de la commission générale où ils verront toute l'étendue des misères qu

demandent à être soulagées. Nous verrons tout à l'heure si le remède est bien suffisant.

Le secrétaire général adjoint, M. Henri Barth, a insisté, comme le président, sur la diminution du nombre de sociétaires, diminution qui n'empêche malheureusement pas les charges d'être toujours croissantes. De généreux donateurs viennent par bonheur, compenser l'insuffisance du chiffre des cotisations.

Les recettes se sont élevées l'an dernier à 67,670 fr. 40 dont 17,902 francs fournis par les cotisations ; le reste provient surtout des revenus (31,348 francs) et de dons et legs. Les dépenses se sont élevées à 67,646 fr. 90, dont, il est vrai, 23,950 fr. 70 ont été employés en achats de rente. 37,150 francs ont été donnés à 3 sociétaires et à 55 veuves ou enfants de sociétaires et 2,600 francs à 22 personnes étrangères à l'association.

M. Barth a cité dans son rapport les noms de quelques généreux sociétaires, par exemple M. Guyon qui a donné 1,500 francs, et l'excellent M. Marjolin, qui a porté à 1,000 francs le chiffre de sa cotisation annuelle. Il n'y avait pas encore dans l'Association, croyons-nous, d'exemple d'une pareille libéralité.

L'avoir total de l'Association dépasse actuellement un million, les sociétaires sont au nombre de 850.

Après le rapport du secrétaire général, l'assemblée a procédé à l'élection du bureau. M. Brouardel, président ; MM. Blanche et Guyon, vice-présidents, ont été réélus à l'unanimité des 51 membres présents.

Ce compte rendu serait tout à fait incomplet si, après les actes officiels, nous ne rapportions la courte discussion, contraire aux statuts peut-être, mais assurément très instructive, qui a terminé cette réunion. M. le Dr Descouts a demandé la parole pour faire une proposition nouvelle. Frappé de la diminution du nombre des adhérents à l'Association des médecins de la Seine, il s'est enquis auprès de plusieurs confrères démissionnaires de la cause de leur retraite, et il est arrivé à se convaincre que cela tenait à un fait, c'est que les charges ont beaucoup marché depuis la création de l'association, il y a cinquante-cinq ans, et que les statuts ne répondent peut-être plus aux besoins actuels du corps médical.

A côté, d'autres associations se sont formées, qui sont maintenant en pleine vogue et qui, en échange d'une cotisation, beaucoup plus élevée il est vrai, promettent à leurs adhérents une indemnité raisonnable en cas de maladie passagère et une véritable pension de retraite pour ceux que leurs infirmités auront définitivement éloignés de la clientèle. Ne pourrait-on pas introduire dans l'Association des médecins de la Seine des clauses analogues et donner une consécra-

tion officielle à des dispositions qui jusqu'ici n'ont eu qu'un caractère privé?

Le président, M. Brouardel, le secrétaire général, M. Orfila, ont répondu qu'une proposition exactement semblable avait été faite il y a une quinzaine d'années et que la commission générale avait reculé devant l'augmentation trop considérable qu'il faudrait faire subir au chiffre des cotisations. La motion de M. Descouts sera cependant soumise aux délibérations de la commission générale dans sa prochaine réunion, et s'il y a lieu on convoquera une assemblée générale ayant pour but de discuter les modifications qu'il serait indiqué de faire subir aux statuts.

Avec le libéralisme bien connu du président, M. le professeur Brouardel, on peut être certain que cette question sera pleinement discutée et que les désirs formulés par la commission ne rencontreront aucune opposition de la part du bureau ; mais on peut être également assuré que la motion de M. Descouts n'aura aucune suite. En effet l'Association des médecins de la Seine, comme l'Association des médecins de France, ont un but et une raison d'être différents de ceux qui ont poussé l'honorable M. Lagoguey à créer une association médicale mutuelle en cas de maladie. Les premières sont principalement des sociétés charitables venant en aide aux confrères malheureux; les confrères fortunés leur apportent des dons de plus en plus considérables, leur avoir s'augmente et le nombre des médecins pauvres secourus est toujours croissant; la plupart des médecins inscrits à ces sociétés pensent aux autres autant qu'à eux-mêmes. Le but est donc des plus élevés et des plus louables, et ces deux associations qui, il est vrai, ne perdraient rien à être fondues en une seule (Association des médecins de la Seine et Société centrale de l'association générale des médecins de France), doivent conserver, avec quelques modifications peut-être, leur mode de fonctionnement.

A côté d'elles, M. Lagoguey a réuni un certain nombre de confrères sages et prévoyants guidés par un très louable esprit de solidarité professionnelle, mais en même temps très désireux d'assurer leur avenir et celui de leur famille. Ces médecins contractent pour eux et non pour les autres une assurance relativement peu coûteuse et offrant toutes les garanties. C'est leur affaire et cela n'empêche pas la plupart d'entre eux de penser aux autres, puisqu'il y en avait hier un certain nombre dans l'amphithéâtre de la Faculté. Le but, encore une fois, est donc très différent : charité dans le premier cas, solidarité dans l'autre. Nous croyons que tout cela ne peut pas être confondu ensemble et que ces diverses sociétés doivent subsister avec des statuts différents, mais en se prêtant un mutuel appui qui ne peut être que très utile au relèvement de notre dignité professionnelle.

A. CHEVALLEREAU.

Des difficultés expérimentales de l'inoculation de la tuberculose cutanée,

Par le Dr DAUCHEZ,
Ancien interne de l'hôpital des Enfants.

Le 2 juillet 1886, entrait à l'hôpital des Enfants un enfant de cinq ans, Emma Hep.., atteinte de tuberculose cutanée généralisée. Cette enfant, couchée au n° 15 de la salle Sainte-Catherine, dépendante du service de notre excellent maître, M. le professeur Grancher, présentait en effet sur le tronc, sur les membres et sur la face, aux lieux dits d'élection (oreilles, régions malaires, etc.), une éruption papulo-tuberculeuse, constituée par plusieurs groupes de papules agglomérées formant çà et là des îlots du volume d'une pièce de dix sous. Indépendamment de cette éruption d'aspect légèrement violacé, mais remontant à deux ans au moins, l'enfant présentait encore d'autres signes de tuberculose (mal de Pott cervico-dorsal). Sa mère, très anémique, récemment atteinte d'une pleurésie d'origine probablement tuberculeuse, ajoutait enfin qu'aucun autre membre de la famille n'avait jusqu'alors présenté d'antécédents tuberculeux.

Un examen attentif des téguments des régions génitales et des ganglions ayant permis d'éliminer toute idée de syphilis, nous tentâmes, sur le conseil de M. Hutinel, suppléant du professeur Grancher pendant les vacances, d'inoculer à un cobaye quelques fragments des papules tuberculeuses de la face, en nous entourant de toutes les précautions nécessaires pour éviter l'hémorrhagie (cautérisation au thermo-cautère).

Le 21 août, nous enlevons à l'aide d'un rasoir flambé et lavé à l'alcool deux fragments de tubercules recueillis sur l'oreille droite. Après dissociation des fragments dans 4 cent. cub. d'eau distillée bouillie, à l'aide de pinces et d'agitateurs stérilisés, dans un verre flambé, nous inoculons dans le dos du cobaye une pleine seringue de Pravaz du mélange. En même temps nous faisons pénétrer dans le péritoine du même cobaye le second fragment de tubercule recueilli dix minutes avant sur la jeune malade.

Suture de la plaie (Pansement au s. n. de bismuth).

Le 26 août, l'animal paraît bien portant.

Le 27 août, au matin (6e jour), il est trouvé mort dans sa cage. A l'autopsie, nous trouvons tous les organes sains *sauf la rate, qui est parsemée d'une innombrable quantité de granulations milliaires simulant à s'y méprendre une tuberculose généralisée.*

Pas de péritonite. Pas de ganglions mésentériques enflammés. Un fragment de la rate, conservé dans l'alcool et soumis quelques jours

après à l'examen histologique de notre excellent confrère le Dr Chautard, préparateur du laboratoire de M. le professeur Grancher, démontra qu'il n'existait dans aucune des granulations de bacille tuberculeux, mais seulement quelques granulations graisseuses amorphes.

Réflexions. Si simple que puisse paraître cette observation, elle n'en est pas moins intéressante. Elle démontre en effet avec quelle circonspection doivent être faites les expériences du genre de celle que nous avions pratiquée.

Supposons en effet que notre cobaye fût mort soixante jours plus tard, nous eussions, ce semble, été autorisé (à tort comme le prouve l'observation) à admettre une inoculation positive. A cette première erreur, nous en eussions ajouté une autre si, négligeant l'examen histologique de la pièce incriminée, nous eussions conclu à la tuberculose splénique sans faire contrôler notre assertion.

En résumé, cette observation démontre que seul l'examen histologique peut permettre d'affirmer la nature bacillaire des organes malades.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 23 février 1888. — Présidence du Dr Ballet.

M. *Girode* lit une observation de chancre extra-génital (V. *France médicale* n° 84).

M. *Morel-Lavallée*. — La contamination par le verre à boire est difficile à admettre. D'ailleurs le mode d'inoculation est ordinairement impossible à découvrir pour le chancre de la bouche. Sur 33 chancres de l'amygdale, j'en ai trouvé 6 chez la femme et 27 chez l'homme. Si la contagion que j'appellerai immorale et directe était admise, ce n'est pas le sexe masculin qui serait le plus fréquemment atteint. Dans ces derniers temps j'ai vu cependant, je crois, un fait de contamination directe pour un chancre de l'amygdale. C'est chez un dessinateur qui se servait d'un crayon commun à ses camarades et à lui et qui avait l'habitude de sucer ce crayon de façon à ce qu'il allât jusqu'au fond de la bouche.

M. *Barié*. — J'ai dans mon service en ce moment un chancre de l'amygdale qui s'accompagne d'adénopathie volumineuse et de contracture telle de la mâchoire que l'ouverture de la bouche est impossible. Ces contractures sont rares, je crois, et intéressantes à signaler.

M. *Martha* rapporte deux cas d'ostéo-périostites consécutives à la fièvre typhoïde. (V. *France médicale*, n° 40.)

M. *Barié.* — Je me suis occupé de ces périostites d'une façon particulière. Il semble au point de vue étiologique que l'on puisse toujours trouver un traumatisme quelque léger qu'il soit comme cause occasionnelle de l'affection. Quant à leur évolution, je crois pouvoir dire qu'habituellement elles ne suppurent pas. M. Terrillon a publié l'histoire d'une jeune fille qui eut de cette façon six ou sept poussées de périostite. Aucune ne suppura.

M. *Reynier.* — Je m'associe pleinement à ce que vient de dire M. Barié. J'ajouterai que, dans trois cas, j'ai vu survenir de la tuberculose pulmonaire de longues années après chez les jeunes gens qui avaient présenté des ostéo-périostites consécutives à la fièvre typhoïde. C'est en tout cas toujours chez des individus débilités et d'une mauvaise santé habituelle qu'on les voit survenir.

M. *Morel-Lavallée.* — J'ai vu récemment une mère et son enfant atteints tous deux de fièvre typhoïde présenter à la suite des ostéo-périostites qui ont suppuré et ont laissé à leur suite une déformation en lame de sabre de la partie supérieure du tibia. On a vainement cherché chez ces sujets des antécédents syphilitiques.

M. *Ballet.* — Je voudrais relever un autre point intéressant de la communication de M. Martha, c'est l'atrophie musculaire considérable consécutive à la périostite qui y est consignée. Sa pathogénie est curieuse à rechercher. Les craquements signalés dans l'articulation du genou me font croire qu'il s'agit d'atrophie musculaire consécutive à la lésion articulaire. Les relations qui unissent les lésions articulaires et les lésions d'atrophie musculaires d'origine myélitiques sont bien connues, il n'en existe pas, je crois, avec l'ostéo-périostite.

M. *Martha.* — J'admets d'autant plus volontiers cette interprétation que la lésion articulaire était très prononcée puisqu'elle plaçait la jambe dans la demi-flexion.

M. *Jocqs.*—Je viens cependant d'observer un cas d'ostéo-périostite qui s'est accompagnée d'atrophie rapide et considérable de la cuisse.

M. *Balzer* lit une note sur des vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique. (*France méd.*, n° 26.)

M. *Dupré* lit deux observations de syphilis héréditaire tardive. (V. *France méd.*, n° 31.)

M. *Jocqs.* — Je ne suis pas certain de l'origine syphilitique des accidents de la première observation. Il n'y avait pas d'altération dentaire et de plus il y avait de l'iritis, fait exceptionnel dans les lésions oculaires de l'hérédo-syphilis. L'efficacité du traitement n'est pas une raison suffisante, les mercuriaux agissant très favorablement sur les lésions strumeuses des yeux.

M. *Dupré.* — Il y a une raison assez probante, je crois, c'est la

coexistence de l'ostéo-périostite de l'humérus qui a disparu en très peu de temps sous l'influence du traitement.

M. *Ballet.*— Je viens de voir une kératite interstitielle s'accompagner d'iritis et cela aux deux yeux, chez une enfant de 11 ans, entachée d'hérédo-syphilis d'une façon indéniable, puisque sa mère est atteinte en ce moment de syphilis cérébro-spinale et que le père est syphilitique. J'ajoute que le traitement antisyphilitique a amené une guérison rapide.

Les Secrétaires des séances,
A. Gilbert. M. Lebreton.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

—

Séance du 16 *mars.* — *Présidence de* M. Verneuil.
(*Suite*).

M. *Fauvel* (du Havre) présente une malade faisant le sujet d'une observation que lit l'auteur, et qu'il a opérée il y a trois ans. La malade est dans un excellent état.

M. *Ollier* (de Lyon) n'a aucune objection à faire à l'opération d'Estlander. L'âge des sujets et le manuel opératoire varie suivant les cas. Il y a vingt-cinq ans je désossais les thorax de chiens sans ouvrir la plèvre, opération dont on ne tirait pas parti encore à cette époque. De ces faits je tirai comme conclusion que les larges excisions peuvent et doivent être faites chez l'adulte, pour permettre l'affaissement. Chez les enfants il en est autrement et les grandes résections présentent de grands dangers. Il faut pour eux se contenter d'une ouverture relativement étroite. Il y aurait des inconvénients graves immédiats et ultérieurs, déformation du rachis par exemple.

Dans quel lieu doit être faite l'opération ? Dans certaines circonstances en avant, vers les cartilages costaux, il y a quelques considérations à établir. Si on veut faire une résection limitée cela n'a pas d'importance, mais si on fait une ablation étendue, on compromet l'allongement des côtes. Dans ces cas, il ne faut jamais faire la résection à ce niveau, et opérer sur la partie latérale. J'avais fait il y a vingt-cinq ans la même remarque chez de jeunes chiens.

Un autre point est le procédé opératoire. En pareille circonstance il faut se méfier du périoste qui a souvent éburné, quadruplé la côte, et il faut enlever le périoste parce qu'il se reproduit une côte trop volumineuse. Cela n'est pas à craindre chez les individus âgés, mais c'est le cas chez les individus encore jeunes et en bon état. Il faut alors, après section de la côte, disséquer et enlever méthodiquement le périoste que l'on a laissé.

M. Ollier termine par l'observation d'une malade dont la cavité pleurale était tapissée d'une véritable couche calcifiée. Mais il y avait des foyers interlobaires et il fut impossible d'enlever les masses calcaires dans ces diverticules. J'espérais que des drains suffiraient à amener la guérison, ne pouvant enlever tout ce tissu calcifié. La malade garda une fistule due à une petite plaque calcaire. J'ai fait de nouvelles tentatives, mais elles donnaient des hémorrhagies. Depuis quatre ans la malade va très bien et je la laisse avec sa plaque calcaire et sa fistule.

M. *Levrat* (de Lyon) cite l'observation d'un malade dont les côtes hyperostosées avaient une grande épaisseur. A la suite de l'empyème, en 1882, le malade sortit conservant une fistule. Nouvelle accumulation de pus un an après. Je réséquai 4e, 5e, 6e côtes ; dans la première résection j'avais laissé le périoste, de sorte qu'ici je trouvai une plaque osseuse de 4 centimètres de côté que j'eus grand mal à enlever. Cinq mois après, accidents nouveaux ; nouvelle opération et encore je trouvai des plaques osseuses dues au périoste. Tout se passe encore bien. Trois mois après il succomba à des accidents urémiques. M. Levrat, comme M. Ollier, croit qu'il vaut mieux faire la résection sous-périostée pour enlever ensuite plus complètement le périoste.

M. *Ollier* (de Lyon). Ces reproductions se voient dans les cas d'anciennes ostéites, et on doit s'attendre à ces plaques osseuses ; le périoste ne s'ossifie pas seul, mais encore toutes les couches péripériostales.

M. *Mollière* (de Lyon). Cette opération de Letiévant est devenue presque banale à Lyon. Les médecins eux-mêmes la pratiquent, et tout le monde s'accorde à la reconnaître très facile et très efficace.

F. VERCHÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

LA BOURBOULE ACTUELLE, par le Dr *Ad. Nicolas* (in-8e, 330, pages. Masson, nouvelle édition).

L'auteur, dans cette nouvelle édition de son livre sur La Bourboule, a maintenu les divisions de la première : 1° le milieu thermal (le site, la vie thermale) ; 2° les eaux (émergence, origine, nature, distribution) ; 3° la cure (effets physiologiques, indications, contre-indications, mode d'administration, eaux transportées).

Dans la première partie, notre confrère, ancien marin, s'est complu à décrire le pays où il se repose de ses pérégrinations océaniques : « Je comparais, dirais-je volontiers avec George Sand, cette char-

mante situation avec les grands sites que j'avais vu ailleurs, et je m'étonnais, après avoir fait le tour du monde, de retrouver dans ce petit coin de France une poésie et une sorte de majesté sauvage, dont aucun souvenir, aucune comparaison ne pouvait diminuer le charme. » C'est à peine si sa quiétude est quelquefois troublée par l'*invidia medicorum* ; par exemple quand il s'excuse d'avoir supprimé certaines citations de la première édition : « J'avais alors plus qu'aujourd'hui besoin de m'appuyer sur autrui, et plusieurs de ces citations étaient simplement courtoises. Elles ne m'en ont pas moins attiré le reproche de compilation auquel je veux échapper en ne conservant désormais que celles qui ont quelque valeur ». Ou bien par quelque rancune de voisinage, lorsqu'il se déclare disposé à recommander tel hôtel hostile comme le premier de La Bourboule,... « si c'était la vérité ! »

Nous retrouvons dans la seconde partie toute l'histoire si originale de la « guerre des puits », qui fit un certain bruit dans le monde médical dans les débuts de La Bourboule, ce n'est plus qu'un souvenir aujourd'hui que les belligérants sont définitivement réconciliés. Il n'y a plus de raisons de douter de la stabilité des eaux dans lesquelles toutes les analyses récentes accusent 7 milligrammes d'arsenic métallique par litre.

Nous remarquons dans la troisième partie que la Bourboule au lieu de se spécialiser tend à généraliser les applications. Les maladies de poitrine y constitueraient, paraît-il, la moitié de la clientèle d'aujourd'hui sans qu'ait diminué pour cela l'ancien contingent de scrofules et de maladies de peau. En somme, la prospérité de la station continue à s'accroître, ce qui s'explique suffisamment par la richesse minérale de ces eaux.

NÉCROLOGIE

Le Dr SENELLE, de Bourg-sur-Gironde (Gironde), médecin de la marine en retraite.

NOUVELLES

LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* publie les décrets signés ayant pour objet la création d'un conseil supérieur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur.

Aux termes de ces décrets, le conseil supérieur de l'Assistance publique est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre et qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance.

Le conseil comprend dix membres de droit, désignés à raison de leurs fonctions, et des membres nommés par décret.

La partie du conseil composée de membres nommés par le président de la République est renouvelée par moitié tous les trois ans. Les membres sortants peuvent être l'objet d'une nouvelle nomination.

Le ministre préside le conseil supérieur de l'Assistance publique. Le conseil choisit parmi les membres nommés par décret un vice-président et un secrétaire.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique tient chaque année deux sessions ordinaires commençant, l'une le dernier mercredi de janvier, et l'autre le deuxième mercredi de juin. Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu sur la convocation du ministre de l'intérieur.

Le conseil supérieur de l'Assistance publique pourra être subdivisé, par arrêtés du ministre de l'intérieur, en un certain nombre de sections correspondant aux divers ordres de travaux qui lui seront soumis.

Voici quelle est la composition du conseil supérieur :

Membres nommés par le président de la République. — MM. le Dr Blatin, le Dr Bourneville, Chamberland, Charles Dupuy, Gerville-Réache, le Dr Labrousse, Sigismond Lacroix, René Laffon, Martin Nadaud, Frédéric Passy, Pichon, Benjamin Raspail, Siegfried, députés.

MM. Labiche, le Dr Georges Martin, le Dr A. Naquet, le Dr Théophile Roussel, Jules Simon et Tolain, sénateurs.

MM. Léon Béquet, conseiller d'Etat ; Brueyre, ancien chef de division à la préfecture de la Seine ; le Dr Caubet, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse ; le Dr Cazelles, conseiller d'Etat ; le Dr Chautemps, membre du conseil municipal de Paris ; de Crisenoy, ancien directeur de l'administration départementale et communale ; Cros-Mayrevieille, administrateur des hospices de Narbonne ; le Dr Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux de Paris ; le Dr Gailleton, maire de Lyon ; Gaufrès, membre du conseil municipal de Paris ; le Dr Gibert, fondateur du dispensaire d'enfants du Havre ; Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure ; le Dr Henri Henrot, maire de Reims ; le Dr Lardier, de Rambervillers (Vosges) ; Lebon, maire de Rouen ; le Dr Levieux, de Bordeaux ; le Dr Magnan, médecin en chef de l'asile Saint-Anne ; Mamoz, directeur de l'assistance par le travail ; Marbeau, président de la Société des crèches ; le Dr Marjolin, membre de l'Académie de médecine ; le Dr A.-J. Martin ; le Dr Millard, médecin des hôpitaux de Paris ; le Dr Mineur, adjoint au maire de Marseille ; Normand, maire de Nantes ; le Dr Rochard, membre de l'Académie de médecine ; Sabran, vice-président de la commission administrative des hôpitaux et hospices de Lyon ; le Dr H. Thulié ; Emile Trélat, directeur de l'Ecole spéciale d'architecture ; le Dr Ulysse Trélat, membre de l'Académie de médecine ; Warin, vice-président de la commission administrative des hospices de Lille.

Membres de droit. — Le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, le directeur de l'administration départementale et communale, le directeur de l'administration pénitentiaire, le directeur des affaires civiles au ministère de la justice, le directeur de l'enseigne-

ment primaire au ministère de l'instruction publique, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, le président du conseil supérieur de santé des armées, le président du conseil supérieur de santé de la marine, le vice-président du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique de Paris.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de médecin.* — A la suite du tirage au sort du jury, MM. Proust, Ducastel, Guibout, Chauffard, Hanot, Terrillon, Gingeot, ont été désignés. Suppléants : MM. Fernet, Joffroy, Letulle, Moissenet, Quinquaud, Anger, Duplay, Lannelongue et Verneuil.

VAL-DE-GRACE. — Par décret, en date du 13 avril 1888, M. le médecin-inspecteur Gaujot, membre du comité consultatif de santé, est nommé directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Perrin, admis dans la section de réserve du cadre du corps de santé militaire.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — M. Hervouët, suppléant des chaires de pathologie et de cliniques internes, est chargé d'un cours d'hygiène et de médecine légale.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le docteur Sarade est nommé médecin adjoint au collège Rollin (emploi nouveau).

M. le docteur Doillon est nommé médecin du lycée de Vesoul, en remplacement de M. le docteur Gevrey, décédé.

ARMÉE TERRITORIALE. — Par décret, en date du 12 avril 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe, Toussaint, Outin, Pelaprat, Vanderabeele, Faucher, Salasc, Guyard, Deschamps, Salis, Delisle et Olivier.

Gouvernement militaire de Lyon et 14e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Barnay, Aulas, Maffre, Lacour et Janez.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS. — L'Assemblée annuelle de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français a eu lieu dimanche matin 8 avril, au siège social, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de Dujardin-Beaumetz.

Après le rapport du secrétaire général, M. Lande, sur la situation morale de l'Association, le trésorier, M. Verdalle, a fait connaître l'état financier de la caisse, dont le comité des censeurs avait la veille examiné et vérifié, pièces en mains, tous les comptes, et dont les chiffres suivants sont l'exacte et éloquente expression :

Recettes.

Cotisations	153.773 60
Dons à la Caisse des pensions	2.300
Dons à la Caisse auxiliaire	650
Profits et pertes	382 03
Intérêts des valeurs	11.483 75
Total	168.589 38

Emplois.

Portefeuille	158.221 75
Frais généraux	5.315 18
Reste en caisse au 6 avril 1888	5.052 45
Total	168.589 38

L'encaisse était l'année dernière, au 6 avril, de 128,955 fr. 46. Les encaissements de cette année se sont élevés à 39,633 fr. 92. L'avoir total est donc cette année de 168,589 fr. 38.

Cette année, la caisse a acheté 1,200 fr. de rente (3 0/0 amortissable, moyennant le prix de 34,319 fr. 05 (titre nominatif au nom de la Caisse des pensions).

Le portefeuille se compose aujourd'hui de 29 obligations du Midi 3,000 fr. de rente amortissable, 50 obligations foncières 1883, 50 obligations communales 1882, 50 obligations Orléans, etc.

Ainsi la fortune de la Caisse des pensions de retraite s'accroît régulièrement chaque année de la quantité prévue par ses fondateurs, et, comme il n'y a pas de raison pour que ces prévisions cessent de se réaliser, on peut affirmer en toute sûreté qu'à la fin de la première période décennale, le Caisse, riche de 4 à 500,000 francs de capital, ou de 15 à 20,000 fr. de revenus, sera en mesure de remplir toutes ses obligations. Le problème, longtemps discuté, est donc résolu et les sceptiques doivent rendre les armes. S'il s'en rencontre encore, tous les doutes se dissiperont devant le fonctionnement régulier de l'œuvre, appelée certainement à occuper le premier rang, à côté de l'Association générale, parmi nos institutions professionnelles de prévoyance. Elle mérite dès à présent toutes les sympathies et toute la confiance des médecins qui, obéissant au désir légitime d'assurer la tranquillité de leurs vieux jours, veulent en même temps s'associer à une pensée éminemment confraternelle.

Hôpital Bichat. — Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. — M. le docteur Henri Huchard commencera ces leçons à l'hôpital Bichat, le dimanche 29 avril, à 9 heures 1|2 très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Sujet des deux premières leçons : De la tension artérielle considérée comme indication thérapeutique dans les maladies.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, Libraires-Editeurs,
23, place de l'École-de-Médecine.

Lavages de l'estomac par les eaux minérales de Vals, par le docteur Lafosse, in-18, 0 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur,
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 49. Jeudi 26 Avril 1888.

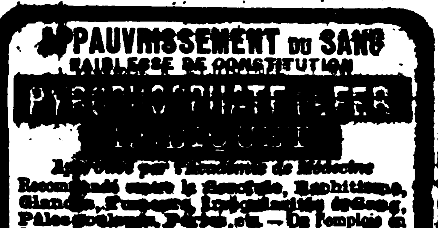
LA FRANCE MÉDICALE

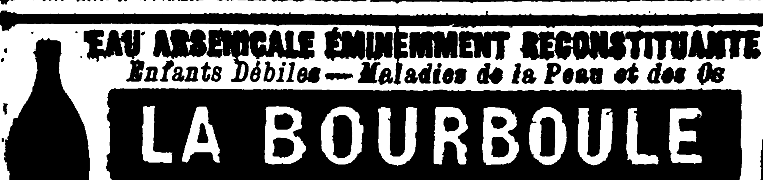
BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. [illegible]
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France. . . . . . . 15 fr.
Union postale . . 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.


APPAUVRISSEMENT DU SANG
FAIBLESSE DE CONSTITUTION
Approuvé par l'Académie de Médecine
Recommandé contre la Scrofule, Rachitisme, Glandes, Tumeurs, Irrégularités du Sang, Pâles couleurs, Pertes, etc. — On l'emploie en Pilules, Dragées ou Sirop (3f), Solution (2f50), et Vin (5f), au choix des malades.
Exiger les signatures
Pharm., à Paris, rue Bourbon, 22, et pr. Pharmacies.


EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE
Enfants Débiles — Maladies de la Peau et des Os
LA BOURBOULE
Rhumatismes — Voies respiratoires
ANÉMIE — DIABÈTE — FIÈVRES INTERMITTENTES

35e Année. — Tome N° 49 Jeudi 26 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 25 *avril* 1888.

M. le professeur Potain a présenté hier à l'Académie un malade tuberculeux qui, à la suite d'une perforation pulmonaire, avait eu un pneumothorax et un épanchement pleural remontant jusqu'à la fosse sous-épineuse et qui cependant est complètement guéri. L'honorable professeur s'est servi dans ce cas d'un procédé particulier. Trouvant que la soustraction brusque de la totalité du liquide, ou son extraction en plusieurs jours pourraient également avoir des inconvénients graves, il a pris le parti de remplacer le liquide à mesure de son écoulement par un corps beaucoup moins nuisible, par de l'air stérilisé, et c'est ainsi qu'après quatre ponctions faites dans un espace de cinq mois, il a pu guérir son malade, le guérir non seulement de son pneumothorax et de son épanchement pleural, mais encore de sa tuberculose. En effet les crachats et le liquide de la plèvre, qui d'abord contenaient de nombreux bacilles tuberculeux, n'en présentent plus trace aujourd'hui.

M. le Dr Larat a présenté sur la polarisation des tissus animaux une note qui est un nouvel élément dans la lutte qui divise quelques électro-thérapeutes et le Dr Landolt a lu un travail sur les réformes à opérer dans le traitement du strabisme.

Cette séance a été terminée par un comité secret dans lequel M. Albert Robin a lu son rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicale. La liste de présentation porte en première ligne M. d'Arsonval, en deuxième ligne M. Riban, en 3e ligne *ex æquo* MM. Hanriot, Hardy, Pouchet, Quinquaud.

A. Ch.

Lithiase rénale. — Oblitération de l'uretère gauche. — Hydronéphrose du même côté. — Anurie absolue. — Néphrotomie. — Guérison (1).

Par le Dr Demelin.
Ancien interne des hôpitaux.

La nommée M..., âgée de 42 ans, entrée le 30 novembre 1885 à l'hôpital Tenon, service de M. L. Championnière, raconte que, depuis 1874, elle a eu une série de crises douloureuses dont le siège principal était la région des reins. C'est à la suite de son septième et dernier accouchement que les accidents se sont montrés pour la première fois. Depuis ce temps, les accès se sont répétés en grand nombre, et à leur occasion, l'urine devenait sanglante, ou bien elle était troublée par une plus ou moins grande quantité de pus. A plusieurs reprises de petit graviers ont été rendus par l'urèthre.

En décembre 1884, cette femme entre une première fois à l'hôpital Tenon pour une nouvelle attaque de colique néphrétique. Au bout de quelques jours, les douleurs s'apaisent, et bientôt on constate la présence dans la vessie d'un calcul qu'on extrait après dilatation de l'urèthre. Ce calcul avait le volume d'une noisette. La malade sort ensuite en bon état.

Deux mois après, en février 1885, nouvel accès douloureux avec hématurie abondante, le tout suivi de l'issue de petits calculs par la vessie. Les douleurs ont été cette fois presque uniquement marquées dans la région lombaire gauche.

Après une assez longue période de calme, au mois de novembre 1885, les douleurs lombaires reparaissent encore du côté gauche. Le 22 novembre, la malade remarque qu'elle n'a uriné que quelques gouttes dans les vingt-quatre heures. Puis, du 22 au 26 novembre, c'est-à-dire pendant quatre jours entiers, le cours de l'urine se suspend complètement. Le 26 novembre, à la suite d'un bain, émission de quelques gouttes d'urine seulement. Puis de nouveau, l'anurie devient complète.

Le 30 novembre, la malade entre à l'hôpital. Elle insiste sur ce qu'elle n'a pas uriné du tout depuis quatre jours ; elle se plaint aussi de douleurs lombaires et abdominales, continues, avec exacerbations, accompagnées de vomissements et d'un certain mouvement fébrile. Le ventre est ballonné, sensible surtout dans la région du flanc gauche. En cet endroit, on note par la palpation une tuméfaction résistante et douloureuse, profonde, à conteurs vagues et à limites difficiles à préciser.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Pendant trois jours, les choses restent dans le même état. L'anurie est toujours absolue. Bientôt la malade est prise de sueurs abondantes, puis les vomissements, qui s'étaient calmés, se reproduisent et deviennent incoercibles : La température s'élève au delà de 39°, l'agitation est extrême, l'insomnie complète, l'état général mauvais, et la mort semble prochaine. Depuis 13 jours la vessie n'avait reçu du parenchyme rénal que quelques gouttes d'urine ; depuis neuf jours pleins, l'anurie était absolue.

On intervient alors. Le 5 décembre M. L. Championnière incise la région lombaire et découvre la face postérieuse du rein gauche ; elle a sa coloration normale, et n'offre rien de spécial à la palpation. Néanmoins la substance rénale est incisée au thermocautère, et bientôt l'instrument donne issue à du pus fétide et à une grande quantité d'urine. En pesant sur le flanc gauche, on fait sortir une nouvelle quantité d'urine et de pus ; et la tumeur du flanc gauche s'aplatit notablement. On ne trouve pas de calcul dans la cavité qui vient d'être ouverte. On lave cette cavité avec une solution antiseptique ; on place un gros drain dans la plaie rénale, et on procède au pansement.

Cette opération est immédiatement suivie d'une rémission notable dans les accidents généraux et locaux. Les jours suivants, chaque fois qu'on lève le pansement, on le trouve traversé par une grande quantité d'urine ; en même temps la vessie reste toujours vide. Cet état de choses persiste pendant vingt-deux jours. Au bout de ce temps, la malade recommence à uriner par la vessie, et vingt-cinq jours après l'opération, l'urine a repris son cours normal. Pendant ce temps, la fistule rénale s'est tarie peu à peu.

Dans les premiers jours de janvier 1886, c'est-à-dire un mois après l'opération, la malade prétend sentir un gravier dans sa vessie ; on extrait en effet un calcul du volume d'un gros pois. A partir de ce moment, la santé redevient bonne ; la plaie lombaire est entièrement cicatrisée.

Cette femme a été revue plusieurs fois après sa sortie de l'hôpital. Elle est restée guérie au moins pendant cinq mois, jusqu'en mai 1886, époque à laquelle on a perdu sa trace.

Ainsi lithiase rénale datant de onze ans. Après de nombreuses crises de coliques néphrétiques, il se produit un nouvel accès du même genre, intéressant cette fois le rein gauche. Le calcul, engagé dans l'uretère, l'obstrue, partiellement d'abord puis bientôt entièrement. Le rein de ce côté continuant à sécréter, l'urine s'accumule dans le bassinet et produit une hydronéphrose.

Cependant la vessie reste vide. Que se passe-t-il du côté du rein droit. Le fait indéniable, c'est qu'il ne donne pas d'urine à la vessie.

On peut invoquer comme explication le spasme de l'uretère. Mais n'est-il pas permis de se demander si le parenchyme rénal n'est pas malade, depuis longtemps peut-être, et très profondément. Rappelons à ce sujet que notre malade a eu pendant onze ans un grand nombre de coliques néphrétiques; notons encore que la vessie n'a pas contenu une seule goutte d'urine pendant trente jours (neuf jours d'anurie complète avant l'opération, et vingt et un jours après elle), en un mot, dans toute la période où l'uretère gauche est resté oblitéré; ajoutons que, pendant toute cette période, la région lombaire droite n'a été le siège d'aucune douleur, d'aucune tension.

On peut donc douter de l'intégrité du rein droit, et supposer même son atrophie, sa suppression au point de vue fonctionnel. Cette atrophie paraît être ancienne (coliques néphrétiques répétées depuis onze ans). Le rein gauche était parvenu à suppléer son congénère. Mais voilà que l'uretère gauche vient à s'obstruer; la sécrétion urinaire persistant de le côté, ce liquide produit s'accumule dans le bassinet correspondant et le dilate. L'anurie par défaut d'excrétion se produit, comme dans des observations analogues de la thèse de M. Merklen, Bientôt cette voie d'élimination, l'hydronéphrose, devient insuffisante; et l'économie essaie de se débarrasser des principes toxiques par les sueurs et par les vomissements. Ces derniers efforts allaient s'épuiser quand intervint la néphrotomie.

L'opération permit au kyste urineux de se vider, elle établit une voie artificielle au cours de l'urine; elle amena en même temps une détente salutaire dans les phénomènes inflammatoires qui s'étaient ajoutés aux accidents de rétention. L'existence de cette inflammation semble prouvée par les élévations de la température avant l'opération, et par la présence du pus dans le liquide évacué au moment de l'incision rénale.

Pendant vingt-deux jours encore, le calcul qui obstruait l'uretère gauche reste à la même place. Au bout de ce temps, il se dégage et tombe dans la vessie. L'urine reprend alors sa voie naturelle et la fistule rénale se ferme.

Rappelons que l'anurie fut absolue pendant quatre jours d'abord, puis pendant une deuxième période de neuf jours. Relativement bien tolérée au début, elle finit par amener des accidents d'ordre toxique. Notons enfin que notre malade put survivre et se rétablir, malgré l'hydronéphrose et l'inflammation de son rein gauche, et malgré la cicatrice opératoire laissée dans la substance rénale par la néphrotomie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une note manuscrite de M. Mouton, médecin-major au 52° régiment d'infanterie, sur une variété anormale d'éruption vaccinale observée à la suite de l'inoculation par scarification du vaccin de génisse ; 2° une lettre de M. le Dr Dieulafoy qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale ; 3° une lettre de M. Delpech, candidat dans la section de pharmacie ; 4° un travail manuscrit de M. Bainaud sur les moyens de réprimer la prostitution ; 5° une relation d'une épidémie de rougeole observée en 1887 par le Dr Henri Massina, de Vernet-les-Bains ; 6° une relation d'une épidémie de rougeole dans la garnison de Bordeaux observée par M. Senut, médecin-major de 1re classe au 19° d'artillerie ; 7° une lettre du ministre de l'instruction publique contenant ampliation du décret approuvant le legs fait par Mme Ve Laborie à l'Académie de médecine, en faveur de la section de chirurgie, d'une somme de cent quarante mille francs.

M. le Dr Bertrand, de Toulon, demande à l'Académie d'ouvrir le pli cacheté déposé par lui et dans lequel il résume ses recherches relatives à la dysenterie aiguë.

Note sur la polarisation des tissus animaux. — M. le Dr *Larat* combat la note présentée à l'Académie il y a cinq mois, par M. Danion, et dans laquelle cet auteur tend à démontrer que les courants de polarisation déterminés dans le corps humain par le passage au travers des tissus d'un courant voltaïque n'existent pas. M. Larat suppose que M. Danion s'est simplement servi d'instruments défectueux.

Des réformes a opérer dans le traitement du strabisme. — M. *Landolt* pense qu'il faut commencer le traitement du strabisme par les moyens orthoptiques connus ; c'est-à-dire, pour le strabisme convergent, le repos des yeux, la paralysie de l'accommodation, les verres convexes ; pour le strabisme divergent l'instigation à l'accommodation, à la convergence et surtout les exercices stéréoscopiques. Après l'opération, il faut reprendre les exercices orthoptiques pour arriver à rétablir la vision binoculaire.

Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax. — M. *Potain* présente à l'Académie un malade tuberculeux atteint à la suite d'une perforation d'un pneumothorax avec épanchement très

abondant et remplissant toute la cavité pleurale jusqu'à la fosse sus-épineuse et qui maintenant est complètement guéri.

La thoracocentèse, en pareil cas, n'est pas sans de graves inconvénients ; il faut, en effet, extraire tout le liquide d'un seul coup ou en plusieurs fois. Si la fistule reste ouverte pendant qu'on fait la thoracocentèse, l'air rentre dans la cavité thoracique; si la fistule est incomplètement oblitérée, elle se rouvre, et l'air rentre encore dans la cavité pleurale. On n'est pas sûr que la fistule ne laissera pas passer dans la cavité pleurale des liquides septiques amenant les plus graves complications. Si le malade n'a eu ni expectoration albumineuse, ni congestion pulmonaire bien grave, sa tuberculisation qui, en général, avait sommeillé pendant tout le temps que le poumon était affaissé, reprend sa marche progressive ; aussi, la plupart des médecins qui ont eu à soigner des malades en pareil cas ont été d'avis de retirer le liquide en plusieurs fois. M. Potain a pensé à enlever tout le liquide et à le remplacer par quelque chose de moins nuisible, par de l'air. Dans certains cas, l'introduction dans la cavité pleurale d'une bulle d'air a suffi pour provoquer des phénomènes de suppuration très graves qui ont nécessité l'opération de l'empyème ; dans d'autres cas, au contraire, l'entrée d'une grande quantité d'air est absolument inoffensive. Nous avons aujourd'hui l'explication de ces faits ; nous savons que ce qui est nuisible ce n'est pas l'air lui-même, mais les matières septiques qu'il peut contenir.

Pour avoir de l'air complètement aseptique, M. Potain se sert d'un appareil composé de deux flacons à l'un desquels est annexé un tube terminé par une aiguille à ponction. Les flacons sont remplis d'un liquide qui arrive jusqu'à l'extrémité du tube. La canule étant absolument nettoyée et désinfectée est enfoncée dans le bouchon qu'elle traverse pour arriver dans l'ouate. On laisse écouler lentement le liquide du flacon qui se remplit complètement d'air forcé de traverser de l'ouate qui le purifie.

La peau étant bien nettoyée on tire l'aiguille du bouchon et on la fait pénétrer dans la plèvre, on enfonce ensuite le trocart dans l'espace situé au-dessous et on retire le liquide au moyen du flacon aspirateur; aussitôt l'écoulement commence et dès que la pression mesurée par un manomètre s'est abaissée un peu au-dessous de la normale, on laisse pénétrer l'air aseptique provenant du flacon, de façon que le liquide qui s'écoule de la poitrine soit remplacé par la même quantité d'air.

C'est cette opération qui fut pratiquée chez le malade de M. Potain sans que le malade ressentît le moindre inconvénient. Les suites de l'opération furent de même très simples.

Le liquide se reproduisit graduellement et au bout de vingt jours

il était redevenu tout à fait incommode ; il fallut ponctionner de nouveau. Quatre opérations furent ainsi faites en cinq mois.

Le liquide extrait de cette façon était séro-purulent, sans aucune odeur, sans aucune altération. La dernière fois, après l'extraction de l'air et du liquide, le malade fut pris d'une angoisse considérable, mais cette angoisse disparut lorsqu'on eut fait pénétrer dans la plaie de l'air aseptique.

Après cette dernière évacuation le liquide ne se reproduisit plus, l'air injecté se résorba. Le 246e jour, on recommença à entendre le frottement pleural; l'état général était excellent; au 288e jour on pouvait considérer le malade comme guéri.

Les crachats et le liquide pleural avaient été examinés par M. Fouchard ; ils contenaient d'abord de nombreux bacilles tuberculeux ; ces bacilles ont disparu peu à peu des crachats et de l'épanchement pleural, et le malade est bien guéri.

M. Potain a déjà fait une opération semblable au mois de mars 1884. Le malade, revu assez longtemps après, était complètement guéri.

M. Potain a opéré un troisième malade dans des conditions beaucoup moins favorables, cependant ce dernier allait très bien; son état général devenait bien meilleur lorsqu'une bronchite aiguë est venue mettre le feu aux poudres et cet homme a succombé.

Les statistiques étrangères relatives au pneumothorax sont aussi déplorables que possible. Le mode de traitement préconisé par M. Potain ne paraît donc pas avoir été sans influence sur la marche des deux premiers cas qu'il vient de signaler.

Ce qui est dangereux dans le pneumothorax, ce sont les suites; c'est la suppuration.

Il y a ici deux principes qu'il ne faut pas négliger, d'abord une antisepsie rigoureuse; en second lieu, la nécessité de ne pas apporter brusquement de grandes variations de pression dans la cavité pleurale. D'autre part en laissant pendant longtemps le poumon en état d'inaction on amène la guérison définitive des lésions tuberculeuses.

M. Potain insiste sur les grands résultats de la méthode pastorienne en médecine et en chirurgie, et ne doute pas que, malgré des illusions qu'on ne peut plus partager, M. Pasteur ne reste le bienfaiteur de l'humanité.

A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

—

Séance du 16 *mars* (soir). — *Présidence de* M. VERNEUIL.

La séance est ouverte à 3 heures.

M. *Poncet* (de Lyon). L'indication de pratiquer l'urethrotomie externe doit être réservée aux rétrécissements infranchissables avec induration fibreuse péri-uréthrale. Chez neuf malades M. Poncet n'a eu ni mort ni accident grave. Chez trois seulement il y a eu réunion par première intention. Lors que celle-ci réussit, au rétrécissement succède un virole linéaire, à peine rétractile. S'il n'y a pas réunion, il se forme un nouveau canal par bourgeonnement et le cathétérisme reste indispensable.

Le résultat fonctionnel est excellent.

M. *Bazy* (de Paris) communique deux observations rares de corps étrangers de la vessie.

Dans un premier cas il s'agit d'une femme de 66 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis pour des mictions douloureuses et fréquentes datant de six mois. L'exploration fit constater l'existence d'un calcul qui fut reconnu pour être phosphatique et par suite développé probablement autour d'un corps étranger.

Le calcul fut broyé avec un lithotriteur fenêtré qui saisit dans ses mains un corps mou qui fut attiré au dehors c'était un paquet de fort fil de lin de 5 à 6 mètres, enchevêtré. A la suite de l'opération il reste de l'incontinence d'urine due aux manœuvres qu'avait nécessité l'introduction de ce corps étranger et qui guérit par une dizaine de séances d'électrisation localisée.

Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme de 45 ans, d'une intelligence très bornée, qui, sous prétexte de se sonder pour rémédier à des troubles de miction, s'était introduit une verge de porc dans l'urèthre. Surpris dans cette opération, il avait lâché le corps étranger qui était tombé dans la vessie. Le résultat de la présence de ce corps étranger fut une rétention presque complète d'urine. Quand je le vis, le 21 septembre 1887, je fus obligé de le sonder : il s'écoula une urine horriblement fétide, pire que celle qui sort d'une vessie atteinte de cancer, ce qui me fit croire tout d'abord que ce corps étranger était là depuis longtemps et avait déterminé de la cystite.

Le lendemain, au moyen d'un instrument analogue au lithotriteur à mors plats, mais dont les mors sont disposés en sens inverse du lithotriteur, j'enlevai facilement le corps étranger qui mesure 30 centim. de long.

La vessie fut lavée à grande eau immédiatement après et les deux

jours suivants, et le malade repartait pour son pays après quelques jours avec des urines absolument limpides.

Le premier cas vient confirmer cette règle que les calculs chez la femme sont presque toujours secondaires ; il montre l'influence heureuse de l'électrisation localisée du col de la vessie.

Le deuxième cas, remarquable par la nature du corps étranger introduit, fait voir que l'on pourrait être trompé par la fétidité des urines, si on n'était pas prévenu, d'autant que le corps étranger a une consistance analogue à celle des parois vésicales.

M. *Erhmann* (de Mulhouse). C'est, dominant la question d'âge et la question d'éducation, dans l'existence d'un voile du palais suffisamment étoffé pour qu'après la suture le jeu des muscles puisse régulièrement s'effectuer, que réside la source fondamentale du succès fonctionnel. — Dans ces cas, qui malheureusement constituent l'exception, la parole peut redevenir correcte, et même à la longue sans exercices spéciaux ; à plus forte raison, quand elle est aidée d'une éducation méthodique. Mais, abstraction faite des cas extrêmes l'anaplastie rend encore néanmoins presque toujours service aux opérés. Pour très peu le bénéfice est tout à fait nul, et si pour quelques-uns seulement le langage se reconstitue avec sa correction à peu près normale, il est amélioré le plus souvent et devient pour un certain nombre parfaitement suffisant.

M. *Reverdin* (de Genève). Sur la suture perdue dans quelques opérations plastiques. — Elle peut se faire plan par plan.

Elle est hémostatique, j'en cite comme exemple l'amputation du sein avec aisselle, l'extirpation du goître.

Elle a donné aussi d'excellents résultats dans deux périnéorrhaphies et un cas d'atrésie vulvaire.

M. *Pozzi*. Veut qu'on substitue au nom de suture perdue celui de « sutures à étages perdues ».

M. *Guyon* (de Paris). La valeur thérapeutique de la taille hypogastrique s'affirme de jour en jour. J'ai divisé cette opération en plusieurs temps. Découverte de la région sous-péritonéale, refoulement du péritoine. — L'entrée de la vessie par ponctions à cause de la présence de plexus veineux gorgés de sang. C'est quand on a pénétré dans la vessie et qu'on veut y agir qu'il est nécessaire de fixer la vessie. Pour cela je la suspend et la fixe avec deux fils parallèles ou quatre fils qui servent à la maintenir béante ; de là impossibilité d'infecter le tissu cellulaire sous-péritonéal. Pour voir dans la vessie, j'ai recours à l'écartement de la vessie avec le spéculum et l'appareil d'Aubry.

La fixation et la suspension sont d'autant plus utiles qu'à ce moment le ballon rectal déforme la vessie.

Le procédé qui consiste à ne pas faire de suture est défectueux. Un cas que j'ai opéré en 1882 est venu mourir avec une infiltration sous-péritonéale cette année ; les lèvres de la vessie étaient décollées. La réunion n'avait pris que la surface externe de la vessie, et non toute l'épaisseur de la vessie.

Il faut donc réunir la vessie pour empêcher le bourrelet qui s'y forme si on ne suture pas, surtout en haut et en bas. Quant aux tubes ils doivent avoir une coudure fixe et invariable. Il faut suturer les muscles droits pour avoir une cicatrice dure, profonde. La suture partielle de la vessie avec drainage est la pratique que l'on peut actuellement recommander.

Une dernière remarque sur le pansement. Il faut faire l'antisepsie. Mais les taillés ont une facilité d'absorption dont je suis étonné. La moindre quantité d'acide phénique, d'iodoforme causent de suite l'intoxication. De sorte que je crois qu'il ne faut employer les antiseptiques que modérément, plutôt l'asepsie que l'antisepsie.

M. *Segond* (de Paris). J'ai opéré six fois des kystes hydatiques du foie. En présence d'un kyste hydatique du foie il faut d'abord faire une ponction, ne serait-ce que pour vérifier le diagnostic. Puis si la guérison ne se fait pas, il ne faut pas ponctionner de nouveau, il faut les traiter par l'incision large. Les kystes varient suivant leurs positions. Les antéro-inférieurs et antéro-supérieurs, les postéro-inférieurs et postéro-supérieurs s'ils sont pédiculés peuvent être dégagés du tissu hépatique et on peut faire une extraction totale.

Je crois que, toutes les fois que le kyste plonge dans le tissu hépatique, il vaut mieux coudre à la paroi ce qui reste du kyste. Je ne crois pas que la règle mérite d'être donnée, qu'il faut faire l'extirpation.

Pour les antéro-supérieurs recouverts de tissu hépatique, j'ai été le premier à montrer qu'il faut les traiter par la méthode de Little. Quant aux postéro-inférieurs, Villaret les traite par l'insertion lombaire. Quant aux postéro-supérieurs sous-diaphragmatiques, il y a deux voies, la voie abdominale et la pleurale. Landau a préconisé par quatre observations qu'en incisant l'abdomen on pourrait pénétrer jusqu'à la face supérieure du foie en le faisant basculer. Je crois que cette méthode reste fort grave. Quant à la voie pleurale, il y en a cinq observations et elles sont d'un enseignement médiocre au point de vue des suites opératoires.

J'en ai deux observations. Chez une femme, kyste hydatique suppuré du foie, ouvert dans les bronches, hecticité ; les autres organes étaient sains. L'état de cette malheureuse était épouvantable. Je l'ai opérée au mois de septembre. Incision de 7 centimètres. Résection de la 9e côte. Résection de la plèvre ; incision du diaphragme saisi par

des pinces. J'incise le foie et il sort un liquide limpide. J'ai fait deux nouvelles ponctions. A la seconde je trouve une 2e poche remplie de pus et d'hydatides et aussi de sang. Je tamponne cette plaie et reséque la 10e côte. Je pus alors enlever un kyste hydatique qui, celui-là, était intra-pulmonaire. Drainage des deux poches. La malade opérée depuis six mois est engraissée, active, ne crache plus de pus et est en pleine voie de guérison.

Du reste le second est une jeune femme de 35 ans. Kyste sous-diaphagmatique, la suppuration est liquide clair, résection de la côte, incision du diaphragme, et ouverture du kyste. Elle sera cicatrisée dans quinze jours.

Ces deux observations ne permettent pas de trancher la question. Quant à la méthode en deux temps, je la crois plus fatigante pour les malades et le temps presse. L'incision par la plèvre à travers le diaphragme est bénigne, efficace et facile.

M. *Maunoury* (de Chartres) rapporte deux observations d'ouverture de kystes du foie par la voie pleurale. L'auteur insiste sur le peu de danger qu'il y a à voir l'air pénétrer dans la plèvre et par suite, du liquide kystique pouvant causer un hydrothorax, mais pense que le suture pleurale rendra néanmoins de grands services dans certains cas avant l'ouverture du kyste.

M. *Accolas* (de Rennes) lit une observation d'abcès du foie traité par la méthode de Little.

M. *Pozzi* (de Paris) communique une observation de kyste du lobe gauche du foie, extirpé et guéri. Cette extirpation est une opération de nécessité et il pense que la suture du kyste à la paroi est la méthode de choix.

M. *Horteloup* (de Paris), ayant affaire à un abcès stercoral suite de pérityphlite, qui guérit laissant un vaste anus contre nature qu'on crut longtemps siéger sur l'intestin grêle, et qui était sur le cæcum au niveau de la valvule iléo-cæcale, fit deux tentatives de suture qui ne réussirent pas. M. Horteloup détacha l'intestin et en fit la suture après avoir attiré en dehors l'intestin sur lequel on mit 9 points de suture. A la suite il fit le lavage du péritoine avec de l'eau bouillie. Il chercha à faire la suture de la paroi, qu'il fallut évider pour y réussir. Dès le soir même il fit purger son malade. 19 jours après garde-robes solides et il est actuellement tout à fait guéri.

M. *Labbé* (de Paris) présente un corps étranger, une étoile de jouet d'enfant qui s'est fixée au niveau même des cordes vocales par ses pointes. — On la put voir au laryngoscope et on chercha à l'extraire avec une pince, mais insuccès, et on eut recours à la laryngotomie. — On indique de faire d'abord la trachéotomie : M. Labbé ne l'a pas faite. Au moment où, après la thyrotomie, il était

près de saisir le corps étranger, des accidents formidables arrivèrent et forcèrent de faire la trachéotomie, l'enfant vomit au bout de 45 minutes. Dans les efforts l'enfant vomit le corps étranger par la bouche. Actuellement l'enfant est guéri et a recouvré une voix parfaite. La conclusion est qu'il faut faire la trachéotomie avant la laryngotomie pour corps étranger.

M. *Tillaux* (de Paris). Traitement chirurgical de la pseudarthrose du fémur. Actuellement on incise, on réséque, on suture et on immobilise le membre. C'est donc une opération longue et difficile. A-t-elle de bons résultats? Non, c'est une opération grave, très grave, 1 mort sur 5 et sur le reste des opérés moitié de guérisons. Les modifications ont porté sur le mode de suture, le mode de résection (Berger) avec suture au fil de platine. On peut la rendre plus simple et plus efficace.

La cause de la pseudarthrose, la cause locale joue un grand rôle; elle réside dans l'interposition d'un faisceau musculaire (humérus, fémur) qui devient plus tard une bride fibreuse; c'est par le dégagement de cette bride que doit commencer l'opération. La suture est-elle nécessaire, elle cherche à donner l'immobilité et le contact des fragments, or la mobilité n'est pas la cause de l'absence de consolidation; la suture n'est donc pas utile. Est-ce qu'il est utile de mettre les deux fractures bout à bout, je ne le crois pas non plus; il n'y a pas de fracture d'adulte qui ne se guérisse en position latérale. On n'observe pas de consolidation bout à bout. Inutilité de la suture qui est une cause de danger, inutilité de l'immobilisation de deux fragments bout à bout.

Si on peut se dispenser de la suture, à plus forte raison de la résection des fragments. Je crois qu'il suffit de rafraîchir ces surfaces. A quoi doit donc se réduire l'opération de la pseudarthrose. Incision de la peau jusqu'aux fragments. Destruction de la bride interposée, rafraîchissement des fragments et traitement comme une fracture compliquée.

A l'appui de ces idées M. Tillaux cite une observation.

M. *Picqué* (de Paris) communique une observation d'anévrysme de l'artère fémorale au pli de l'aine, guéri par ligature de l'artère iliaque externe.

M. *Lebec* (de Paris) lit une observation d'ostéosarcome de la cuisse traité par la désarticulation de la hanche et qui mourut par récidive viscérale.

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 50. SAMEDI 28 AVRIL 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[L]AHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

[Ad]resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
[Le]s ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome · N° 50 · Samedi 28 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Les nouveaux faits de maladie de Friedreich (1),

Par le Dr Paul Blocq,
Ancien interne des hôpitaux.

J'ai eu déjà occasion de rapporter une observation de maladie de Friedreich tout à fait typique (2) dont le sujet a du reste fait l'objet d'une leçon de M. le professeur Charcot (3) ; cette observation n'était alors que la cinquième publiée en France, et depuis cette époque, on ne peut citer dans notre pays que la remarquable communication de M. le Dr Joffrey, à la Société médicale des hôpitaux, à propos d'un sixième malade.

Aussi, étant donnée la pénurie des documents à cet égard, par là démontrée, paraîtra-t-il sans doute, encore utile de relater de nouveaux faits.

C'est à ce titre que je présente les deux observations suivantes que j'ai recueillies dans le cours de l'année dernière dans le service de M. Charcot dont j'avais l'honneur d'être l'interne. J'ai pu également observer deux autres cas (4), qui, étudiés spécialement par M. Gilles de la Tourette et joints aux précédents, feront l'objet d'un travail qui nous est commun, lequel paraîtra très prochainement dans le numéro II de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*.

Ceux-ci portent à quatre le nombre des malades de cette catégorie qui se sont présentés à la clinique des maladies du système nerveux pendant l'année 1887, ce qui, en raison de l'affluence vraiment considérable de neuropathies de tout ordre qu'attire la Salpêtrière, tendrait à démontrer qu'il s'agit d'une affection rare.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.
(2) Archives de neurologie (1887).
(3) Progrès médical (1887).
(4) L'un de ceux-ci a été présenté par M. Charcot aux auditeurs de ses cours (Policlinique de la Salpêtrière, nº 14).

Obs I. — Pascaline Gr..., âgée de 20 ans, est entrée à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, le 28 juin 1887 et occupe le lit n° 9 de la salle Rayer.

Antécédents héréditaires. — Son père, qui était enfant trouvé, est mort d'une fluxion de poitrine. Il était peu intelligent mais pas nerveux. La malade, en raison de l'état social de son père, ne connaît rien de ses antécédents de ce côté. Le grand-père maternel est mort d'accident, la grand'mère maternelle a succombé à 70 ans. La mère de Pascaline vit encore, et n'a pas de maladie nerveuse. Un oncle maternel est mort paralysé, après avoir eu des habitudes alcooliques. Une tante est bien portante. Ainsi en est-il des cousins et du frère et de la sœur de la malade.

Antécédents personnels. — Pascaline, à part une fièvre typhoïde quand elle était enfant, s'est toujours bien portée. Elle a été réglée à l'âge de 17 ans, et depuis l'a toujours été irrégulièrement, souffrant de plus habituellement de douleurs et de divers troubles au moment de ses règles.

Début. — Il y a une dizaine d'années, Pascaline avait alors 10 ans, l'affection commença par de l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs. Quoique la marche fût possible, elle se faisait avec des mouvements bizarres « comme si j'avais été ivre », dit la malade. Depuis, ces phénomènes persistent et s'aggravent, sans jamais s'accompagner de douleurs. Cependant, environ un an après, il se serait produit des douleurs et du gonflement de la jambe gauche, accident qui fut qualifié de sciatique par le médecin, et obligea la malade à garder le lit un mois. Depuis, la marche devint de plus en plus difficile, enfin impossible sans le secours d'un aide. C'est vers cette même époque que les membres supérieurs furent à leur tour insensiblement frappés d'incoordination motrice. L'incoordination statique de la tête remonterait aussi à ce temps, mais Pascaline ne peut rien préciser à ce sujet. Les troubles de la parole, eux, ne sont apparus que depuis trois ans. A aucun moment il n'y a eu ni douleurs, ni troubles organiques.

Etat actuel. — Il s'agit d'une jeune fille de forte constitution, grande, d'un embonpoint notable, au teint coloré, sans stigmates scrofuleuses.

Elle est très intelligente, a obtenu un certificat d'études primaires, et répond avec beaucoup de netteté aux questions qu'on lui adresse.

Tête. — Au repos, la malade se tient dans le décubitus dorsal, et on ne remarque aucun phénomène anormal, sinon que, dès que la tête n'est pas soutenue par l'oreiller, elle est de temps à autre agitée d'oscillations analogues à celles d'un sujet qui est sur le point de

s'endormir étant assis. On note aussi du strabisme de l'œil gauche, ce qui, paraît-il, est congénital.

Il n'existe pas de nystagmus.

La parole est très altérée, la malade parle distinctement mais avec une extrême lenteur, en scandant les mots (parole analogue à celle de la sclérose en plaques).

Tronc. — On observe une légère déviation de la colonne vertébrale, scoliose à convexité droite de la région dorsale.

Membres supérieurs. — Au repos, les membres supérieurs ne présentent rien d'anormal. Leur force dynamométrique persiste quoiqu'elle soit inférieure à la normale (25 à gauche, 20 à droite), et la sensibilité est indemne dans tous ses modes. Mais un degré d'incoordination manifeste se révèle à l'occasion des mouvements. Si l'on dit à la malade de prendre un verre et de le porter à sa bouche, la main *plane* et n'arrive à atteindre son but qu'après une série d'oscillations. De même Pascaline n'arrive pas à mettre rapidement le doigt sur son nez. Ce trouble est plus manifeste à gauche qu'à droite, les mouvements de bras droit sont du reste limités depuis trois ans, époque où il fut fracturé à la suite d'une chute. L'écriture se ressent de l'incoordination quoiqu'encore possible.

Enfin, si on ordonne à la malade de tenir son bras étendu et immobile, le membre ne tarde pas à être agité d'oscillations qui le font dévier.

Membres inférieurs. — De même, au repos, on ne remarque rien de particulier, sinon un degré assez prononcé d'équinisme, surtout accusé à gauche où le creux du pied est extrêmement accentué. Dès que l'on engage la malade à faire un mouvement, par exemple à atteindre la main qu'on lui présente avec son pied, on observe une incooordination très manifeste, et elle n'arrive pas au but.

La marche est encore possible, mais seulement lorsque la malade est soutenue par deux aides. Elle offre des caractères typiques de la démarche ataxique : projection des pieds, frappement des talons... etc. La station debout, les jambes rapprochées et les yeux fermés est impossible (signe de Romberg).

L'incoordination est augmentée par l'occlusion des yeux.

La sensibilité et la force musculaire des membres inférieurs sont conservées : ainsi ne parvient-on pas à plier le genou quand on dit à la malade de résister. Il n'existe pas de douleurs; le sens musculaire est indemne.

Réflexes. Les réflexes tendineux rotuliers sont complètement abolis des deux côtés.

Réactions électriques. Normales.

Examen ophtalmocospique. Négatif.

Les divers appareils sont sains.

Il s'agit, comme on voit, d'un cas des plus nets auquel ne manque pour réaliser un type tout à fait complet que le nystagmus. Encore est-il que le strabisme congénital de la malade explique jusqu'à un certain point l'absence de ce signe. L'hérédité similaire, constatée dans quelques cas et qui avait permis de nommer cette affection *ataxie héréditaire*, n'existe pas ici. Je l'ai également recherchée en vain dans les quatre autres faits que j'ai rencontrés. Je ne relèverai guère dans cette observation qu'un point notable, c'est le complet développement de la malade, qui était une forte fille, grande et revêtant toutes les apparences de la santé, alors que, dans la plupart des faits analogues, les observateurs ont été frappés de l'aspect chétif, de la petite taille des sujets qui paraissaient arrêtés dans leur développement.

Obs. II. — Angèle G..., âgée de 14 ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, le 22 décembre 1887.

Antécédents héréditaires. Grand-père paternel mort paraplégique. Grand'mère paternelle âgée de 79 ans, originale. Le grand-père maternel âgé de 64 ans, est bien portant, la grand'mère maternelle 60 ans, souffre d'une affection gastrique. Le père est rhumatisant, un oncle est bien portant; la mère est en bonne santé, comme les deux sœurs et le frère de la malade.

Antécédents personnels. L'enfant est venue à terme. Elle a eu la rougeole à l'âge de 2 ans, et la coqueluche à 3 ans. Depuis elle se porte bien si l'on en excepte l'affection actuelle.

Début. Il y a cinq ans, l'enfant avait alors 9 ans, on s'aperçut qu'elle tombait facilement et que ses jambes s'enchevêtraient l'une dans l'autre. Peu de temps après, on remarqua de la maladresse des membres supérieurs. Angèle, qui écrivait assez bien, écrivait de plus en plus mal.

La marche devint progressivement plus mauvaise tout en restant possible sans aides. Du reste, pendant tout ce temps, l'enfant ne ressentait aucune douleur.

Etat actuel. Fillette d'assez chétive apparence, plus petite et moins forte que les petites filles de son âge.

Au repos on ne remarque d'anormal que des déformations.

Tête. Lorsque l'enfant est au repos, la tête est agitée de temps à autre de petites oscillations.

L'intelligence est conservée, mais lorsque la malade parle, il existe un peu de scansion quoique faible.

On observe ainsi un léger degré de nystagmus bilatéral.

Tronc. Il existe une scoliose à convexité gauche dans la région dorsale et une courbure de compensation dans la région lombaire.

La hanche gauche est plus saillante que la hanche droite. La convexité des côtes gauches est très accentuée, l'omoplate du même côté est placée en dedans.

Membres supérieurs. Au repos, on n'observe rien d'anormal; en faisant résister la malade à divers mouvements qu'on imprime à ses membres, on s'assure que la force musculaire est bien conservée.

La sensibilité est indemne dans tous ses modes, et il n'existe pas de douleurs. Lorsqu'on fait exécuter à la malade des mouvements actifs on constate des troubles de la coordination. Si on lui dit de porter le doigt à son nez, elle n'y arrive pas exactement et le mouvement est plus maladroit du côté gauche que du côté droit. L'occlusion des paupière exagère un peu le trouble.

L'incoordination motrice est encore plus manifeste lorsqu'on dit à la malade de prendre une cuiller et de la porter à sa bouche, et elle apparaît toujours plus marquée à gauche.

Lorsqu'on fait étendre le bras à Angèle, on constate qu'elle ne peut garder cette situation sans que les membres soient agités d'oscillations qui deviennent de plus en plus accusées à mesure que la durée de la position augmente.

Membres inférieurs. Au repos, on constate une déformation des pieds en varus équin beaucoup plus prononcée à gauche qu'à droite, et qui remonterait à six mois au plus, à ce qu'affirme la mère de la malade. La voûte plantaire est entièrement encavée, le cou-de-pied est très saillant, et le pied légèrement renversé sur son bord interne.

Lorsque la malade tient sa jambe étendue, elle ne peut conserver cette attitude sans que la jambe soit aussitôt animée d'oscillations.

La force musculaire, et la sensibilité sont du reste parfaitement conservées.

L'incoordination se révèle à l'occasion des mouvements, et en particulier lors de la marche. Si l'on dit à la malade de se tenir debout, elle ne peut rester immobile; aussitôt apparaissent des oscillations de tout le corps. L'occlusion des yeux provoquerait la chute.

Angèle peut marcher sans aides et même sans l'aide d'une canne. Il existe alors une incoordination très manifeste; les pieds sont projetés de côté, et le talon frappe violemment le sol. Souvent les jambes s'enchevêtrent l'une dans l'autre, et la malade trébuche. Elle ne peut non plus s'accroupir sans risquer une chute.

Réflexes tendineux. Ils sont complètement abolis aux genoux et aux poignets. Il n'existe ni troubles des sphincters ni des autres appareils.

Dans cette observation rien ne manque au tableau classique de la maladie de Friedreich. Certains traits sont moins accusés, d'autres

sont plus saillants; mais en somme tous les caractères primordiaux s'y retrouvent, et concourent à en faire un cas type.

Ce sont les déformations, scoliose, pieds bots équins, qui y sont surtout accentuées, alors que l'embarras de la parole et le nystagmus sont seulement ébauchés. Disons aussi que l'affection a évolué assez rapidement, puisqu'en cinq ans l'incoordination s'est généralisée.

J'insiste en terminant sur la prédominance bien nette des symptômes d'un côté dans ces deux cas. Chez l'une et l'autre malades s'est montré avec évidence le mode hémiplégiforme : déformations et incoordination, pour n'être pas unilatérales, sont néanmoins beaucoup plus appréciables du côté gauche que du côté droit. Or, j'ai déjà noté cette particularité dans l'observation des Archives de neurologie, et, elle se retrouve encore chez l'un des deux malades que j'ai observés ; il semblerait d'après cela que cette prédominance soit ordinaire dans la maladie de Friedreich. Or, on conçoit le cas où cette disposition très exagérée serait de nature à faire hésiter le diagnostic, et par suite était-elle utile à signaler.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

De l'amaurose hystérique et de l'amaurose suggestive. — Le professeur *Bernheim*, de Nancy (*Revue médicale de l'Est*), pense que l'amaurose hystérique est réelle, mais que cependant elle n'existe que dans l'imagination du sujet. L'amaurose hystérique unilatérale, qui fait partie de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle des hystériques, n'a ni substratum organique, ni localisation anatomique : elle est purement psychique. Le sujet voit avec sa rétine, avec son cerveau. La première reçoit l'impression, le second la perçoit avec son centre cortical visuel. Mais l'image visuelle perçue, l'hystérique la neutralise inconsciemment avec son imagination : il voit avec les yeux du corps, il ne voit pas avec les yeux de l'esprit ; l'amaurose n'est qu'une illusion négative.

Pour démontrer cette opinion, chez deux hystériques de son service, M. Bernheim se sert de l'appareil de Stœber. Il place devant les yeux des malades une paire de lunettes dont l'un des verres est rouge et l'autre vert, et il leur fait lire sur un cadre noir six lettres recouvertes de carrés de verre alternativement rouges et verts. En regardant les deux yeux ouverts, on voit les six lettres ; en regardant avec un seul œil, l'autre étant fermé, on n'en voit que trois, celles recouvertes par le verre de même couleur que le verre de lunette correspondant à l'œil qui regarde : cela résulte de ce que le

vert et le rouge superposés font du noir. Si avec un verre rouge on regarde du vert par transparence, on voit du noir. Or les hystériques regardant à travers les lunettes les six lettres les lisaient toutes sans hésiter un instant; elles lisaient celles qu'elles étaient censées ne pas voir; donc, quoique atteintes d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle avec amaurose complète du côté gauche, elles voyaient de l'œil gauche à leur insu.

On obtient le même résultat au moyen de l'expérience du prisme, produisant de la diplopie.

L'achromatopsie des hystériques est aussi psychique que l'amaurose. Voici, comme preuve, une expérience due à Parinaud. Soit une hystérique achromatope de l'œil gauche ; un carré de papier vert est vu gris par cet œil et vert par l'œil droit. Si l'on place sur l'œil sain un prisme à base supérieure, le malade, ayant les deux yeux ouverts, verra deux carrés de papier et les verra tous les deux verts, c'est-à-dire que, dans ces conditions, l'œil achromatique voit la couleur. Si l'on place, au contraire, le prisme sur l'œil achromatique, la plupart des malades verront les deux carrés gris, les deux yeux auront cessé de voir la couleur. L'auteur explique ce fait par cette hypothèse que dans la vision de chaque œil séparément, la rétine se met en rapport avec l'hémisphère opposé, mais que dans la vision binoculaire les deux yeux peuvent se mettre en rapport avec l'un ou l'autre hémisphère. C'est là une pure hypothèse qui ne repose sur aucune donnée expérimentale ou anatomique.

Il s'agit là, pour M. Bernheim, d'un phénomène purement psychique, dans lequel l'imagination du sujet fait tout. Le malade sait que l'œil gauche, par exemple, voit en gris, ou du moins il le croit ; il se suggère ainsi, logiquement et inconsciemment, que l'œil achromatique voyant en gris, l'objet étant dédoublé par lui à travers le prisme, les deux images doivent être grises. Au contraire, le prisme placé devant l'œil droit rétablit la vraie couleur : il efface l'illusion en troublant le jeu de l'imagination du malade. Il s'agit là uniquement de phénomènes d'auto-suggestion inconsciente.

M. Bernheim croit donc avoir démontré que l'amaurose hystérique, que l'achromatopsie hystérique n'existent pas, en tant que troubles organiques, matériels ; les phénomènes sont dus à une illusion de l'esprit. La cécité des hystériques est une *cécité psychique.*

Les neuro-pathologistes ont à tort donné la dénomination de *cécité psychique*, *cécité de l'âme* (*Seelenblindheit* des Allemands) à un trouble constitué par la conservation de la vision avec perte de la *mémoire visuelle* ; le sujet voit, mais il ne sait plus ce qu'il voit, il a perdu le souvenir de la signification des objets vus. M. Bernheim propose de donner à ce trouble la dénomination d'amnésie visuelle

et de réserver celle de cécité psychique à celle qu'il vient de décrire; la *cécité psychique est la cécité par l'imagination ; elle est due à la destruction de l'image par l'agent psychique.*

L'amaurose et l'achromatopsie suggérées dans l'état hypnotique sont de même nature que celles des hystériques. C'est en voulant constater si ces amauroses suggestives étaient réelles ou non, à l'aide des appareils employés pour déjouer l'amaurose simulée, que M. Bernheim s'est assuré que cette amaurose était purement psychique ; l'idée lui est venue alors de rechercher s'il n'en était pas de même de l'amaurose hystérique. Chez trois hystériques, les symptômes disparurent presque instantanément par la suggestion hypnotique.

Comme conclusion : l'amaurose hystérique n'a aucune localisation anatomique : elle ne siège ni dans la rétine, ni dans le nerf optique, ni dans le centre cortical de la vision ; elle est réelle, mais elle n'existe que dans l'imagination du sujet.

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LE CANCER DU SEIN. — Le siège primitif du cancer du sein peut guider dans la recherche des ganglions altérés. Les néoplasmes débutant par les parties supérieures de la glande se propagent de préférence vers les ganglions sous-pectoraux, sous et sus-claviculaires ; ceux de la partie inférieure gagnent, au contraire, d'abord les ganglions postérieurs de l'aisselle. Le cancer du sein a une marche d'autant plus rapide qu'il se montre à un âge moins avancé. Aussi la limite des indications opératoires est plus prompte chez les jeunes femmes. *M. P. Mollière*, de Lyon, conclut donc que si les ganglions sont indemnes, il faut faire une opération complète, mais que, si la malade, étant jeune et la bonne santé apparente, les ganglions sus-claviculaires sont pris, on doit s'abstenir ou faire une opération palliative.

L'ANTIPYRINE DANS L'ACCOUCHEMENT NATUREL. — M. *Laget* (de Marseille) (Société de biologie) a employé l'antipyrine dans un cas d'accouchement prématuré, à la période d'expulsion et alors que les douleurs très pénibles qui accompagnaient les contractions rendaient celles-ci peu efficaces.

Deux doses successives d'antipyrine de deux grammes chacune ont amené rapidement une diminution de la douleur et, comme conséquence, une régularisation et un effet utile plus marqué des contractions utérines dont la puissance n'a été nullement diminuée. L'antipyrine a été employée en lavement.

M. Laget croit qu'on pourrait sans danger employer des doses plus rapprochées ou plus massives, mais que cela, évidemment, dépend des indications de chaque cas. A. CH.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

PLAIES DE L'ABDOMEN. — M. *Le Fort*. Dans les plaies de l'abdomen, il faut distinguer les régions par où le projectile a pénétré : ainsi les plaies de la partie supérieure de l'abdomen et par conséquent de l'estomac sont beaucoup moins graves. Un garçon boucher reçoit un coup de couteau dans l'estomac par où s'étaient écoulés des petits pois et du veau. L'interne de garde lui fait une suture sèche et lui donne de l'opium.

Le lendemain je le vois, j'enlève la suture ; il sort par la plaie des haricots.

Le quatrième jour, il sortit encore du bouillon teinté en jaune par de l'œuf que j'avais fait donner au malade. Le malade a guéri sans accident.

M. Bailly, qui fit, à mon instigation, une thèse sur ce sujet, a vu que, sur 88 cas de plaies de l'estomac il y avait 75 guérisons, et 52 ont guéri sans intervention. Dans les autres cas, l'intervention consista dans la suture de l'estomac que l'on voyait ; une fois, Larrey, le père, a agrandi l'incision pour évacuer un épanchement sanguin de l'abdomen.

J'admets que la statistique n'est pas exacte, que l'on a surtout publié les cas heureux, mais cela prouve qu'il peut y avoir un grand nombre de guérisons de plaies de l'estomac sans intervention.

Pour les plaies par armes à feu, on admet que toutes les plaies de l'abdomen qui ont guéri ne sont pas pénétrantes.

Or beaucoup de ces plaies sont pénétrantes.

Qu'on me permette de citer les expériences de N. Cooper faites sur des cadavres, avec une lame d'épée de 16 millimètres. Il a fait 95 expériences. Sur ces 95 expériences, 20 fois l'intestin n'a pas été blessé, mais 14 fois différents viscères de l'abdomen avaient été blessés.

Sur les 75 cas où l'intestin a été blessé il l'a été une fois en plusieurs points.

Au-dessus de l'ombilic, l'intestin n'est pas blessé dans 87 0/0 des cas. Au niveau de l'ombilic, dans 16 0/0 des cas, l'intestin n'a pas été blessé.

Au-dessous de l'ombilic, il y a toujours eu blessure de l'intestin.

Des plaies peuvent être faites à l'abdomen sans que l'intestin soit blessé, surtout au-dessus de l'ombilic, mais dans la grande majorité des cas il l'est.

Il ne faut pas confondre les blessures par balles de petit calibre et par balles de fort calibre.

L'oblitération de l'intestin blessé avec des plaies par balles de petit calibre est possible, ce qui me fait dire que, dans ces cas, l'abstention doit être la règle.

On a dit dans cette enceinte que, quand une balle a pénétré par la partie antérieure et est sortie par la partie postérieure, cette balle n'a pas traversé l'abdomen. Je crois que les balles ne dévient pas aussi facilement; j'ai pour mon compte un certain nombre d'observations qui le prouvent.

En 1880, je vis un malade de 24 ans qui s'était tiré un coup de revolver dans l'épigastre; il fut apporté à l'hôpital vingt-quatre heures après. Or, il avait encore le pouls petit, le facies grippé; il était froid, anhélant. Je ne crois pas qu'on pût nier ici la pénétration.

Grâce à l'opium et à la diète il a guéri.

J'ai un cas de plaie pénétrante du rectum qui a guéri aussi.

Je diffère donc beaucoup d'opinion avec M. Trélat. Je pense que la règle dans les plaies de l'abdomen par balles de petit calibre doit être la non-intervention.

Le progrès que nous avons accompli consiste dans cette pratique qui veut que, quand il y a des accidents, il faut intervenir.

Mais la laparotomie dans ces conditions ne peut être comparée à celle qu'on fait dans l'étranglement interne. Elle est beaucoup plus grave.

M. *M. Sée.* Dans la statistique citée par M. Le Fort, il s'agit de plaies faites par une épée.

M. *Le Fort.* Quelle que soit l'arme, au point de vue des chances de blessure des viscères abdominaux, les résultats sont les mêmes.

M. *Berger* fait observer que la discussion a eu pour point de départ une plaie par coup de couteau et qu'elle s'est égarée sur les plaies par armes à feu. Néanmoins, je crois que le rapprochement de ces différentes sortes de plaies peut être fait, car dans mon observation, on a vu que les lésions avaient été multiples comme dans les plaies par balles.

Cette discussion a montré que l'on intervenait dans les cas où des accidents montrent qu'il y a des lésions; mais certains membres ont montré une tendance à intervenir dans tous les cas, à faire une laparotomie exploratrice.

Ils se sont appuyés sur certaines considérations:

1° Sur la gravité des plaies intestinales;

2° Sur l'innocuité et l'efficacité de l'intervention.

Personne ne conteste la gravité des plaies de l'intestin; il est cependant des faits prouvant que ces plaies guérissent très bien.

On peut trouver des plaies de l'estomac guéries.

35e Année. — Tome   N° 50.   Samedi 28 Avril 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Les nouveaux faits de maladie de Friedreich (1),

Par le Dr Paul Blocq,
Ancien interne des hôpitaux.

J'ai eu déjà occasion de rapporter une observation de maladie de Friedreich tout à fait typique (2) dont le sujet a du reste fait l'objet d'une leçon de M. le professeur Charcot (3) ; cette observation n'était alors que la cinquième publiée en France, et depuis cette époque, on ne peut citer dans notre pays que la remarquable communication de M. le Dr Joffrey, à la Société médicale des hôpitaux, à propos d'un sixième malade.

Aussi, étant donnée la pénurie des documents à cet égard, par là démontrée, paraîtra-t-il sans doute encore utile de relater de nouveaux faits.

C'est à ce titre que je présente les deux observations suivantes que j'ai recueillies dans le cours de l'année dernière dans le service de M. Charcot dont j'avais l'honneur d'être l'interne. J'ai pu également observer deux autres cas (4), qui, étudiés spécialement par M. Gilles de la Tourette et joints aux précédents, feront l'objet d'un travail qui nous est commun, lequel paraîtra très prochainement dans le numéro II de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*.

Ceux-ci portent à quatre le nombre des malades de cette catégorie qui se sont présentés à la clinique des maladies du système nerveux pendant l'année 1887, ce qui, en raison de l'affluence vraiment considérable de neuropathies de tout ordre qu'attire la Salpêtrière, tendrait à démontrer qu'il s'agit d'une affection rare.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.
(2) Archives de neurologie (1887).
(3) Progrès médical (1887).
(4) L'un de ceux-ci a été présenté par M. Charcot aux auditeurs de ses cours (Policlinique de la Salpêtrière, n° 14).

à pied et était ensuite, le lendemain, venu à l'hôpital à pied. Il est mort quelque temps après.

La lésion consistait dans une fracture verticale des deux pubis.

P. BAZY.

NÉCROLOGIE

Le Dr BLONDEL (E.), de Raismes (Nord), reçu en 1865.

Le Dr A. ALEXANDROWICZ, d'Alais, reçu en 1836.

Le Dr BONTEMPS (L.), de Saint-Sulpice-les-Champs (Creuse), reçu en 1850.

Le Dr FOURCHET, de Chatillon-sur-Chalaronne (Ain), reçu en 1866.

Le Dr RÉAL, de Paris.

Le Dr M. Yves FICHON, d'Erquy-les-Bains (Côtes-du-Nord), décédé à l'hôpital de la Charité, le 10 avril, des suites d'une amputation de cuisse, à l'âge de 36 ans.

Le Dr BOURDEL, agrégé libre à la Faculté de médecine de Montpellier, décédé à Lassale (Gard), à l'âge de 67 ans.

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Dans sa réunion du jeudi 12 avril, le conseil de surveillance de l'Assistance publique a voté l'adoption d'un projet d'installation, à la Maternité, de la nouvelle chaire de clinique obstétricale votée par la Faculté de médecine, et décidée en principe. Le projet voté par le conseil de surveillance permettra aux étudiants en médecine de faire, dans le cours de leur année, une moyenne de trois accouchements par élève.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 15 *au* 21 *avril* 1888. — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 8. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, Croup, 35. — Phthisie pulmonaire, 223. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 44.

Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 66. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 76.

Bronchite aiguë et chronique, 88. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 12[illegible]

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 47.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 36. — Autres causes de mort, 205. — Causes inconnues, 12.

Nombre absolu de la semaine : 1115. — Résultat de la semaine précédente : 1082.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.


CONSTIPATION
HABITUELLE
le meilleur
curatif
est le
CASCARA MIDY
es rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd.
ol de Cascara Sagrada : accélère
ail digestif dans ses diverses
es, ne donne ni nau-
, ni coliques,
iarrhée,
50
113
Faubourg St Honoré
PARIS
Env. Franco
Échantillons
et toutes
Pharmacies
GORGE, LARYNX, BOUCHE
contre ces Affections
employez
LA
COCAINE MIDY
(CHLOROBORATÉE)
Tablettes exact. dosées à 2 millier Chlorhyd.
de Cocaïne, 0,05 Borate de Soude, 0,05
Chlorat. id. elles constituent un
véritable gargarisme sec
des plus énergiq.
3f.

7770.6

INQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 51. MARDI 1er MAI 1888

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[illegible] et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — ...eur de clinique chirurgicale, ...de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO — Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER — ...seur agrégé à la Faculté, ...urgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

...r ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...rages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 50 Mardi 1er Mai 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le Salol.

Le salol ou salicylate de phénol, introduit depuis quelque temps dans la thérapeutique par Herm. Sahli (de Berne), est une poudre blanche cristalline qui jouit de propriétés antiseptiques faibles. C'est un médicament qu'on a tenté de substituer au salicylate de soude pour l'usage interne; en outre son odeur aromatique, qui rappelle celle de l'essence d'amendes amères, fait que quelques chirurgiens lui donnent la préférence sur l'iodoforme comme désinfectant local.

Rappelons que ce corps est presque insoluble dans l'eau, et qu'il est surtout soluble dans l'alcool et l'éther. Conrad (de Berne) a employé la gaze salolée à 50 0/0 dans le traitement de toutes les sécrétions vaginales et n'a eu qu'à s'en louer, d'autant plus que son emploi est plus commode que celui de l'iodoforme et que son action est plus persistante que celle de ce dernier corps. Le salol peut s'employer en nature comme le fait le Dr Périer pour saupondrer les plaies et toutes les pièces à pansement; mais dans la plupart des cas, on peut se contenter de le mélanger en proportion variable au talc, et sous cette forme, il modère les sécrétions des plaies qu'il désinfecte, et n'exerce aucune action irritante. Le salol n'est pas un antiseptique énergique, car, d'après les recherches de Miquel, il en faut une forte dose pour empêcher le développement des bactéries.

Le salol a été employé à l'intérieur par le Dr Sahli et par le professeur Lépine, à la fois comme antiseptique, comme antipyrétique et antirhumatismal. On sait que ce corps se dédouble sous l'influence des substances organiques, des ferments digestifs, des micro-organismes, en acide salicylique et en acide phénique, mais dans ces conditions le dédoublement est faible ; il n'en est plus de même de celui qui a lieu par le suc pancréatique. On peut donner le salol aux doses assez considérables de 2 à 6 grammes sans inconvénient. Lombard a

employé le salol sous forme d'émulsion huileuse et lui a reconnu les propriétés suivantes chez les animaux et chez l'homme sain. Chez les animaux, la température se trouve constamment abaissée, mais il faut employer de hautes doses qui, d'ailleurs, ne sont pas toxiques. La respiration, plus fréquente et moins profonde au début, reprend bientôt son rythme normal. Quant à l'action sur la circulation, elle est très faible et c'est à peine si les battements cardiaques sont moins énergiques.

Chez l'homme sain, une dose de 6 à 8 grammes fait à peine varier la température, le pouls est moins fréquent, mais la respiration l'est davantage. Quant aux actions secondaires, elles n'existent absolument pas. Le dédoublement du salol par le suc pancréatique est peu considérable.

Lombard a constaté l'action analgésique remarquable du médicament dans le rhumatisme, elle est passagère et la marche de la maladie ne paraît pas modifiée. Ce n'est qu'au bout de six à huit jours en général que les douleurs se calment définitivement. Le salol serait inférieur aux salicylates comme spécifique contre le rhumatisme, car son action est trop passagère et est à peu près nulle sur la température et la marche de la maladie. Mais il paraît tout particulièrement indiqué dans le rhumatisme subaigu et dans certains cas de rhumatisme infantile associé à la chorée. Dans la fièvre typhoïde, la température n'est guère modifiée, et l'antiseptie intestinale ne paraît pas beaucoup assurée. La marche de la pneumonie, de la scarlatine, de la rougeole, de l'érysipèle, de la fièvre intermittente n'est pas non plus modifiée par le salol, la température est à peine abaissée. L'altération de la sécrétion pancréatique dans la plupart de ces maladies expliquerait l'insuffisance de l'action du salol dans ce dernier cas comme antithermique et antiseptique. La valeur de ce médicament consiste surtout dans son action calmante sur la douleur, ainsi qu'on l'observe dans les affections médullaires.

H. Gutman (*Deutsche med. Zeitung.*, 9 avril 1888) a pu constater la disparition rapide des douleurs dans le rhumatisme articulaire aigu par le salol, qu'il préfère à toutes les préparations salicylées, dont il n'a pas les fâcheux effets. Il reconnaît que, donné dès le début, le salol peut en quelques jours arrêter la maladie et qu'on peut éviter ainsi les complications cardiaques ; il n'a jamais constaté de vertige ni de bourdonnement d'oreille, ni de troubles stomacaux. Le salol est rapidement éliminé par les urines, car on n'en constate plus de trace vingt-quatre heures après la dernière dose ; enfin son goût, qui n'a rien de désagréable, le fait facilement accepter par les malades.

John Cochrane s'exprime avec le même enthousiasme dans la

« *Lancet* », car il a obtenu un succès rapide dans un cas grave qui avait résisté à tout traitement. La douleur, extrêment vive, limitée à la cuisse gauche et au talon, résista au chloral et aux injections de morphine; elle persista intolérable pendant six mois malgré les traitements les plus variés, mais après quelques doses de salol, elle disparut entièrement, rendant au malade le sommeil et la liberté de ses mouvements. Depuis, il n'y a pas eu de récidive.

Le Dr Thorner de Cincinnati (Therapeutic Gazette, 15 fév. 1888) a obtenu de bons résultats par l'emploi du salol dans les affections rhumatismales et névralgiques de la gorge, de l'oreille et des yeux. L'angine pultacée, la pharyngite catarrhale ont été rapidement guéries par des doses quotidiennes de 2 grammes de salol qui procure en même temps le sommeil. Trois malades atteints de torticolis rhumatismal furent guéris dès le lendemain du traitement. Le Dr Thorner a également constaté une guérison durable dans l'otalgie purement névralgique, et dans les douleurs plus ou moins intenses qui accompagnent l'otite chronique moyenne. La névralgie ciliaire, l'iritis rhumatismale, les douleurs de la conjonctivite catarrhale, du trachôme aigu seraient également guéries ou calmées par le salol, qui paraît agir comme le salicylate de soude sans en avoir les inconvénients.

En résumé ce médicament n'offre pas de ressources comme antipyrétique, mais il paraît devoir rendre des services dans tous les cas où il y a indication de combattre les douleurs. On peut enfin l'utiliser comme antiseptique local à l'extérieur car on peut l'employer en quantité beaucoup plus considérable que lorsqu'on cherche à désinfecter l'intestin par exemple, les doses ordinaires étant, dans ce dernier cas, insuffisantes pour atteindre ce but, et les doses exagérées n'étant plus inoffensives.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS.

Séance du 8 *mars* 1888. — *Présidence de M.* RENDU.

A propos du procès-verbal, M. *Ruault* et M. *Rendu* demandent la parole pour relater deux faits de chancre syphilitique de l'amygdale qui ont paru résulter d'une contamination par un verre à boire.

Le cas de M. Ruault a trait à un étudiant qui fut atteint de chancre amygdalien après avoir bu en faisant des mouvements de succion, au cours d'un dîner de thèse, après un de ses camarades notoirement atteint de syphilis.

Dans le cas de M. Rendu, il s'agit d'un ouvrier qui, habitant avec

un autre ouvrier atteint de syphilis, se servant des mêmes objets que lui et en particulier des mêmes verres à boire, fut atteint de chancre de l'amygdale.

M. *Iscovesco* fait une communication sur deux cas d'empoisonnement par l'iodoforme. (*Sera publié.*)

M. *Rendu.* L'an dernier, il ne se passait pas une semaine sans que les journaux allemands ne signalassent de nouveaux méfaits causés par l'iodoforme, M. Iscovesco peut-il nous dire si des accidents méningitiformes, comparables à ceux qu'il vient de rapporter, ont été déjà indiqués comme pouvant être le résultat de l'intoxication iodoformique ?

M. *Iscovesco.* J'ai consulté sur ce sujet la thèse d'agrégation de M. Brun et je n'y ai pas trouvé l'indication de faits semblables à ceux que je viens de relater; l'irrégularité du pouls en particulier n'a pas, à ma connaissance, été mentionnée.

M. *Ballet.* Il y a quelques mois, j'ai observé à l'hôpital Broussais un fait d'intoxication par l'iodoforme qu'il me semble opportun de soumettre en ce moment à la Société.

Il a trait à un homme âgé de 52 ans, déclaré d'un caractère bizarre, rentrant dans la catégorie des héréditaires dégénérés. Cet homme avait été admis à l'hôpital pour une tuberculose osseuse suivie d'abcès par congestion. M. Brun, sur ma demande, vint l'examiner dans mon service et lui fit une injection d'éther iodoformé. Nous assistâmes alors à la série des phénomènes suivants ; dès le lendemain, le malade montra des troubles intellectuels, le surlendemain, il eut des hallucinations et fut pris d'agitation maniaque ; il resta dans cet état pendant sept ou huit jours et finalement succomba.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes, ni dans les méninges, ni dans l'encéphale, ni dans aucun organe, quelque lésion capable d'expliquer les accidents, et nous dûmes conclure, M. Brun et moi, que la mort avait été la conséquence de l'intoxication iodoformique.

Etant donné ce fait que l'injection d'éther iodoformé est une opération couramment pratiquée et d'ordinaire inoffensive, je me suis demandé si les antécédents du malade n'avaient pas guidé chez lui la symptomatologie de l'intoxication par l'iodoforme. Je me demande de même si, dans les cas de M. Iscovesco, l'état des malades n'est pas la raison de l'apparence particulière qu'a revêtue chez eux le tableau clinique de l'empoisonnement par l'iodoforme.

M. *Rendu*, à l'appui de l'opinion de M. Ballet, relative à l'influence des antécédents sur l'évolution des maladies, rapporte l'observation d'un individu d'un caractère bizarre et emporté qui, pendant la convalescence d'une congestion pulmonaire, fut pris d'excitation cérébrale, puis de délire et succomba dans un véritable état maniaque.

M. *Iscovesco* conteste l'interprétation de M. Ballet et rappelle que chez l'adulte, quels que soient les antécédents, la symptomatologie de l'intoxication iodoformique est uniforme.

M. *Ballet* compare les effets de l'iodoforme aux effets de l'alcool. L'intoxication iodoformique, comme l'intoxication alcoolique, se traduit par des symptômes qui varient selon les sujets. La raison de cette variabilité gît dans la prédisposition individuelle.

M. *Balzer* se rallie à l'interprétation de M. Ballet. La prédisposition individuelle peut seule expliquer l'action variable des substances toxiques et médicamenteuses. A Lourcine, où il administre couramment l'iodure de fer, il n'a vu qu'une seule fois ce médicament occasionner de l'acné.

M. *Rendu* fait une communication intitulée : Thrombose des veines des membres inférieurs chez une chlorotique. Embolie pulmonaire. Guérison. (V. *France méd.* n° 35, p. 410.)

M. *Ruault* rapporte un cas de gonflement parotidien à la suite de l'administration de l'iodure de sodium.

Les Secrétaires des séances,
A. Gilbert, M. Lebreton.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du 17 *mars* (matin). — *Présidence de* M. Verneuil.

De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes et de la prophylaxie. — M. *Cazin* (de Berck-sur-Mer). De septembre 1862 jusqu'en 1886, j'ai fait 564 ablations de tumeurs récidivables. Le diagnostic précis de tumeurs à récidives n'a pas toujours été fait, mais l'examen macroscopique dans les 4/5 des cas a pu l'affirmer. Je me contente de dire que j'ai opéré pour le sein 102 carcinomes fibreux ou squirrhes. Sur 60 avec ganglions il y eut 7 guérisons, 48 récidives, 2 inconnus et 3 morts.

Sur 42 sans ganglions, 8 guérisons, 5 inconnus, 28 récidives, 3 morts.

Pour les encéphaloïdes 120 cas, 80 avec ganglions, 5 guérisons, 4 inconnus, 4 morts et 67 récidives.

40 sans ganglions, 8 guérisons, 26 récidives, 1 mort et 5 inconnus.

Le nombre des succès pour les carcinomes guéris étonnera peut-être, mais je dépasse largement les limites du mal. Les médecins qui font par hasard l'ablation de ces tumeurs n'enlèvent qu'elles et n'osent aller dans l'aisselle. Tout le monde sait ici que cela ne peut

suffire. Il faut démolir une maison pour enlever un clou. C'est au chirurgien et non au médecin à faire ces opérations.

Enlever les ganglions et aussi les lymphatiques qui vont du sein aux ganglions. L'application du principe est facile pour le sein, mais difficile dans d'autres régions. J'ai pu le faire dans un cas d'épithélioma de la lèvre, mais avec grande difficulté.

L'idéal est la réunion par première intention, mais la guérison secondaire est parfois obligée.

M. *Verneuil* (de Paris). Je me contenterai de poser deux questions. Y a-t-il un moyen de prévenir les récidives? D'abord les moyens opératoires tels que M. Casin vient de les exposer, ce sont mes principes, ce sont les vrais. Il y a une autre question que j'aurais intitulée si je le traitais; *Des trèves du cancer*. A partir du moment où une manifestation cancéreuse apparaît dans un point on est cancéreux. Voici un fait : une dame fut opérée il y a 34 ans; l'examen histologique fut fait. 30 ans après, la récidive se fit à la périphérie de la cicatrice. On extirpa cette tumeur secondaire; l'examen fut exactement le même que celui d'il y a 34 ans. Y a-t-il eu récidive à cause du lieu de moindre résistance, ou est-ce l'ancien germe qui a persisté et sommeillé pendant 34 ans? N'en est-il pas de même dans d'autres régions? On enlève un épithélioma de la langue, de l'utérus. Rien ne récidive sur place, et deux, trois, quatre ans après, la cicatrice est parfaite, mais les ganglions se prennent. Il faut donc admettre qu'il est resté dans ces ganglions des germes, des greffes de la première tumeur. C'est une véritable latence morbide.

De là nous soignons avant l'opération, soignons après. On a donné les alcalins et les arsenicaux, le régime végétal. Reclus a fait sur le cancer un travail qui montre que les végétariens n'ont pas de cancer.

La 2e question est celle-ci. Autrefois, en 1844, on opérait à la Pitié 3 à 4 cancers du rectum par an; actuellement j'en opère 10 à 15. Autrefois les cancers de la langue étaient opérés par an au nombre de 4 à 5 par Lisfranc, j'en fais beaucoup plus. L'augmentation du nombre des cancers est plus grande des 2/3.

Y a-t-il plus de cancer depuis qu'on mange de la viande en province; il y a plus de tuberculeux, de même il y a plus de cancéreux: on est devenu de plus en plus carnivore, arthritique et cancéreux.

M. *Poncet* (de Lyon). Je ne veux m'occuper que des tumeurs récidivables. Je ne parlerai que des malades suivis par moi.

Epithélioma du cuir chevelu. Tous les malades sont morts après 1 ou 2 interventions au bout de 2 ou 3 ans.

A côté de cette variété se place l'épithélioma secondaire, propagation au cuir chevelu alors que la tumeur s'est développée dans une

région voisine. Kystes sébacés, dans les cas, quand la tumeur a été soumise à des traumatismes répétés, l'épithélioma franchit sa coque et deux fois j'ai vu une ulcération cancroïdale suite de la tumeur profonde. J'ai 1 cas datant de 7 ans sans récidive, le 2e date de 3 ans.

Epithélioma consécutif à des brûlures. 3 observations, 2 morts par étendue de la lésion et 1 chez lequel on intervint, la récidive se fit avant cicatrisation. En pareil cas l'extirpation s'accompagne de récidive. Il faudrait enlever largement avant les ganglions et l'amputation pourrait s'imposer dans certains cas.

Les épithéliomas de la langue m'ont laissé cette impression qu'ils récidivent fatalement et que la survie ne dépasse guère deux ou trois ans. 8 opérations, les 8 sont morts dans l'espace de deux ans avec récidives.

Les épithéliomas du plancher 2 interventions, même gravité, mais le résultat a été tel que la récidive ne m'a pas semblé aussi fatale qu'à la langue.

Je laisse de côté les tumeurs du sein et j'arrive aux myxomes diffus des membres dont la récidive est constante.

La récidive des néoplasmes malins est à peu près fatale quand il y a hérédité directe. Quand il existe des ganglions, la récidive est la règle.

Comme prophylaxie je ne connais que l'ablation précoce, rapide, hâtive. Le meilleur moyen de ne pas avoir de récidive à distance est de ne pas intervenir.

M. *Boeckel* (de Strasbourg). — Sur 103 observations pour cancer, 89 guérisons, 14 morts.

2 extirpations de carcinomes de la lèvre ; 1 vit après 13 ans ; l'autre opéré en 1874. Récidives 10 ans après, mort 5 mois après.

10 langues : 2 morts immédiates. 1 seul est resté sans récidives après 8 ans.

2 extirpations pour épithélioma du larynx : 1 extirpation totale, mort en 24 heures. — 1 autre, laryngotomie ; guérison depuis 8 ans.

64 seins avec aisselles : 54 guérisons, 10 morts. Récidives : 16 sans récidives ; 13 bien portants ; survie de 3, 4, 8 ans ; 1 opéré de 11 ans ; un autre de 10 ans et une mort de cancer utérin.

5 cas. Verge : 3 récidives. 1 a vécu 4 ans ; récidive dans la prostate.

1 cas. Utérus vit depuis 1 an ; les autres sont morts 6 mois à 18 mois après ; une amputation du col vécut 2 ans, et mourut de cancer du foie.

16 cas. Rectum : 2 morts immédiates, 2 inconnus, 12 restent, 2 survies, 9 mois. 1 an ; 3 opérés sont guéris ; 3 ans, 6 ans sans récidives après l'ablation de la cloison recto-vaginale ; 11 ans et demie,

mort en 1887 d'une ascite probablement due à la récidive, 2 à 11 ans et demi.

Sur les 89 guéris 32 sont perdus de vue; sur les 57 autres, 12 vivent depuis 5 ans, 8 ans, 11 ans, 6 ans, 8 ans, 13 ans; sept autres vivent bien portants, mais le temps écoulé n'est pas assez long pour juger.

Il ne faut donc pas se faire illusion sur les opérations que l'on fait chez les cancéreux. Les ablations les plus larges ne mettent pas à l'abri, et je compte 86, 5 0/0 de récidives d'après la statistique que je viens de donner.

Des causes de la récidive et de sa prophylaxie dans le myxome diffus des membres. — M. *Pollosson* (de Lyon) On peut les classer en deux catégories; dans certains cas la diffusion empêche l'extirpation, il faut faire l'amputation.

Cependant, quelquefois l'extirpation est possible. Sur 7 cas il y eut constamment récidive sur une sept mois à un an après. Les autres de 3 à 6 mois. La plupart aboutissent à l'amputation; 5 sont dans ce cas 4 sont depuis 4 ans guéris, 1 seul est mort qui a été opéré 36 fois partiellement et on est intervenu par l'amputation quand il était trop tard.

La cause de ces récidives, c'est qu'on laisse du néoplasme; on ne peut se tenir en dehors des limites de la tumeur; elle longe les gaines vasculo-nerveuses et il faudrait couper ces organes essentiels. De plus la dissection du néoplasme paraît facile et malgré soi on énuclée, mais on en laisse sûrement. La conclusion est que, dans le myxome diffus des membres, il faut recourir de bonne heure à l'amputation et on la fera d'autant plus facilement qu'on peut assurer définitivement la guérison de cette seule façon.

M. *Labbé* (de Paris) vient défendre l'ablation exagérée des tumeurs en franchissant très loin les limites du mal, mais au point de vue de la pratique il est parfois difficile d'obtenir la possibilité de faire l'intervention suffisante.

J'ai déjà dit avec Coyne, que lorsqu'il s'agit des tumeurs dites bénignes du sein il ne faut pas énucléer, mais enlever la poche enkystante, et la glande entière s'il y a récidive. De plus il faut savoir que, dans certains cas, la glande est étalée en dehors et qu'il faut l'aller rechercher pour l'enlever.

Pour la face il faut faire des autoplasties immédiates. En fait d'épithélioma, les caustiques sont rejetés par les chirurgiens; mais il est un caustique qui dans les épithéliomas de la face donne d'excellents résultats, c'est le caustique de Frère Côme.

M. Verneuil a parlé tout à l'heure du traitement consécutif, je ne saurais trop confirmer cette même opinion et j'ajouterai aux alcalins et à l'arsenic, que je me sers avec avantage du condurango.

DES RÉCIDIVES DU CANCER UTÉRIN APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — M. *Richelot* (de Paris). — 1. — Les malades qui guérissent définitivement sont celles que nous opérons de bonne heure.

2. — On doit raisonner pour l'épithélioma utérin comme pour le cancer du sein ou celui des lèvres et faire porter les incisions aussi loin que possible du tissu morbide. Il faut donc ajouter à la section circulaire à la base du col une large résection de la paroi vaginale encore saine.

3. — Mieux vaudrait, dans certains cancers du museau de tanche, une amputation sus-vaginale avec résection de la paroi, qu'une hystérectomie sans résection.

M. *Galezowski* (de Paris). — Les tumeurs malignes de l'œil se développent sur le segment antérieur de l'œil, presque jamais sur la région postérieure.

Depuis plusieurs années le nombre des tumeurs malignes a certainement augmenté. Autrefois pendant six ans, je n'ai vu chez Desmarres que 1 à 2 mélano-sarcômes; actuellement j'en vois 5 à 6 par an.

Les mélano-sarcomes sont très sujets à récidives, les récidives peuvent être conjurées dès le début par des cautérisations profondes.

M. *Castex* (de Paris) communique une observation tendant à montrer comment procède le sarcome dans ses récidives; la communication a été faite par M. Cornil à la Société anatomique.

M. *Sabatier* (de Lyon) adopte un principe de chirurgie opératoire par l'ablation des tumeurs malignes du sein par exemple qui consiste à attaquer la tumeur par sa périphérie, sans la morceler, sans la diviser. On évite ainsi les récidives en évitant ainsi de faire des greffes, des auto-inoculations.

M. *D. Mollière* (de Lyon). — L'âge joue un grand rôle dans la fréquence des néoplasmes. Si la malade est jeune, la récidive est si probable qu'il faut se demander s'il y lieu d'intervenir. Après 50 ans elle devient moins fréquente. Enfin après 70 ans, on peut être presque assuré qu'elle ne se fera pas.

Dans le comité secret précédant cette dernière séance, l'assemblée a décidé que la prochaine réunion aurait lieu le premier lundi d'octobre 1889.

Sont élus membres du bureau pour la prochaine section, MM. Larrey (président), Guyon (vice-président), secrétaire général, M. Pozzi.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

M. *Poncet* (de Lyon) ayant remarqué la fréquence de l'*ongle incarné* chez de sujets de 15 à 20 ans, croit que cette affection est sous la dépendance de la croissance. Gosselin admet que l'ongle prend trop de place par rapport à la peau. Or l'ongle incarné est

plutôt plus petit que normalement; au contraire les parties molles sont renflées en massue ; ce n'est donc pas l'ongle qui, par sa croissance rapide, pénètre dans la gouttière unguéale et l'ulcère, ce sont les parties molles qui viennent recouvrir l'ongle.

M. *Le Fort* (de Paris) cite deux cas de *pseudarthrose*, une du cubitus, une de l'humérus. La première guérit par l'électrolyse, la seconde dut être réséquée. Dans un troisième cas, il se fit une suppuration déterminée par une inflammation trop violente. Le malade guérit néanmoins.

Les séances d'électrolyse ne doivent pas être trop longues, ce serait dangereux, on ferait des eschares et on donnerait lieu à la suppuration. Avec des précautions, l'électrolyse constitue une ressource puissante.

M. *Labbé* (de Paris) cite un cas de guérison à l'appui de l'opinion de M. Le Fort.

M. *L. H. Petit* (de Paris) lit un mémoire sur les *Tumeurs gazeuses ou aérocèles du cou.* Il a pu réunir 25 observations. Au point de vue clinique on peut les ranger sous quatre formes. Elles se développent brusquement en une seule fois; elles s'ouvrent brusquement puis augmentent peu à peu; enfin, elles vont en progressant dès le début.

Ces tumeurs, en communication avec la trachée ou le larynx, reconnaissent des causes prédisposantes, dispositions normales de la région ou anomalies, des dispositions pathologiques; ulcération de la muqueuse, abcès de voisinage, rétrécissement de la trachée, etc. Enfin des conditions traumatiques, plaie de la trachée, rupture des espaces intercartilagineux, toux violente, etc.

Ces tumeurs sont limitées, dures, sonores, réductibles. L'effort les fait se tendre, les reproduit. Les aérocèles sont tantôt médianes et tantôt latérales ; elles peuvent guérir.

M. *Jeannel* (de Toulouse) propose, pour remédier au raccourcissement des membres rachitiques, en même temps qu'à leur courbure de faire une incision très oblique, de façon à ce que l'ostéotomie reproduise une fracture en bec de flûte; de sorte que, par glissement et en faisant faire un angle très petit, on puisse répondre aux indications. Cette opération, que M. Jeannel appelle l'ostéotomie longitudinale, a, dans deux cas, donné un allongement d'un bon centimètre, chez un enfant de quatre ans.

M. *Ollier* (de Lyon) confirme ce que vient de dire M. Jeannel et, dans deux cas, par la même opération, a pu obtenir un allongement du membre. Cette ostéotomie peut donc rendre les plus grands services.

M. *Bories* (de Montauban) communique l'observation et les photographies d'un malade qu'il guérit *par l'électrolyse d'une énorme tu-*

meur érectile de la lèvre inférieure. Le traitement a duré quatre mois. La difformité fut corrigée par la pâte de Canquoin et le bistouri.

M. *Duplouy* (de Rochefort) communique l'observation d'une malade atteinte du *mal de Pott sous-occipital*, fistuleux. Il fit une incision profonde allant jusqu'au rachis et trouvant l'apophyse transverse de l'axis, sans prolongement intérieur de la lésion, il en fit l'ablation par le grattage. La lésion guérit, mais la malade mourut un an après de tuberculose généralisée.

M. *Javal* (de Paris) fait une communication sur l'*astigmatisme* beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit et qu'il attribue à un trouble de la cornée. Pour mesurer son degré, M. Javal indique un nouveau perfectionnement de l'ophthalmomètre qui rend l'emploi de l'appareil de la plus grande facilité.

M. *Abadie* (de Paris), partant des recherches de M. Gayet ayant démontré la présence de microbes dans les culs-de-sac conjonctivaux et reconnaissant l'impossibilité où l'on est de porter des antiseptiques puissants dans l'intérieur même de l'œil, conseille d'enrayer les progrès de la suppuration en cautérisant très légèrement la cornée avec une pointe fine de galvano-cautère ; ces cautérisations répétées toutes les douze heures lui ont toujours donné d'excellents résultats.

M. *Fontan* (de Toulon) communique une observation dans laquelle, pour un polype énorme chez un garçon de 15 ans, il fit la *résection temporaire du maxillaire supérieur*; cette opération qu'avait proposée J. Roux, mais qui n'avait pas encore été exécutée sur le vivant, a donné le meilleur résultat. Le voile du palais laissé à dessein ouvert pendant un certain temps permet de joindre les avantages de la cure rapide avec ceux de la cure lente.

M. *Kirmisson* (de Paris) rapporte deux observations venant à l'appui des conclusions d'un mémoire de M. Martel (de Saint-Malo), communiqué à l'Académie de médecine il y a deux ans, ayant trait aux *résections du squelette pour remédier à des pertes de substances des parties molles*.

Le premier fait est relatif à une main bote par rétraction cicatricielle de la région antérieure de l'avant-bras, suite de brûlure. — Après ablation de tout le tissu cicatriciel M. Kirmisson fit la résection des deux os de l'avant-bras. — Il fut nécessaire de faire secondairement la suture des os. — Le résultat fut excellent. La deuxième observation est celle d'un homme qui à la suite d'une brulûre grave de la jambe, avait un pied bot varus équin et une ulcération permanente au niveau de la malléole. — La résection tibio-tarsienne avec conservation de la malléole externe amena la guérison de la difformité après suppuration et avec un raccourcissement de 4 centimètres.

M. *Danion* (de Paris). Lit une série d'observations de *tumeurs blanches* qu'il dit avoir guéris *par l'électricité*.

M. *Rédard* (de Paris) sur une femme de 75 ans a fait une résection qui a guéri ; c'était pour un cas vicieux des os de la jambe que fut faite la résection par ostéotomie.

M. *Doléris* (de Paris) lit un travail étendu sur le *traitement des déplacements utérins*. Prenant en considération les conditions de l'équilibre pelvien expérimentalement étudiées chez la femme à différents âges ou dans diverses conditions, Doléris étudie les déviations diverses de la matrice et leurs complications habituelles. Les opérations plastiques, qui ne sont que des moyens de contention, les opérations prothétiques, les pessaires, sont insuffisants et masquent la lésion sans la guérir.

L'équilibre utérin comprend trois facteurs 1° Les ligaments ou appareil de suspension ; 2° l'appareil central d'attache des ligaments ; 3° le plancher pelvien ou appareil de soutien. C'est sur ces considérations que doivent être basées les indications et l'on doit souvent combiner le racourcissement du ligament rond avec la colporrhaphie et la périnéorrhaphie.

M. *Duzéa* (de Lyon) dis que, dans l'*ankylose du coude*, *la résection* doit être large, franche, appropriée aux besoins du malade et qu'on devra la faire d'autant plus étendue qu'on voudra davantage donner de mouvement aux malades.

M. *Ollier* (de Lyon) s'associe aux conclusions de M. Duzéa et nie la possibilité du rétablissement du mouvement après les ostéotomies ou les résections parcimonieuses.

M. *Reynier* (de Paris) lit une observation de plaie de l'estomac par balle de revolver qu'il a vu guérir tout en observant l'abstention absolue. — C'est sur les symptômes de réaction péritonéale que le chirurgien doit régler sa conduite, s'abstenir ou intervenir.

M. *Lucas-Championnière* (de Paris), dans un cas de *luxation ancienne de la rotule*, entraînant une impotence fonctionnelle du membre presque totale, creusa, après incision des parties molles, une sorte de gouttière sur la face antérieure du fémur entre les deux condyles, assez profonde pour que la rotule puisse s'y loger et être maintenue par douze points de suture perdue embrassant les parties fibreuses de l'articulation. Douze jours après, la réunion superficielle était parfaite et les mouvements tendaient à revenir dans le genou du malade.

M. *Duret* (de Lille) communique une observation de *thoracotomie chez l'enfant* suivie de guérison.

M. *Levrat* (de Lyon) communique un fait où il fut amené à pratiquer l'opération de Rizzoli-Esmarch chez un enfant de six ans et demi.

Incision parallèle au bord inférieur de la mâchoire de 3 centimètres. Dénudation de l'os à la sonde rugine. En profitant de l'espace laissé libre entre les dents et la branche montante, l'opération put être faite sans ouvrir la bouche. Le périoste fut détruit après la section osseuse au thermo-cautère. Au bout d'un an l'enfant mâche la viande la plus dure. L'écartement des mâchoires est de 1 centimètre 7 millimètres.

La séance est levée et la troisième session du Congrès de chirurgie est close.

D[r] F. VERCHÈRE.

ERRATUM. — **La Communication de M. Péan en réponse au travail de M. Demons (Voir n° 45, page 542) a été incomplètement reproduite. Elle doit être rétablie en ces termes :**

M. *Péan*. Je regrette que ceux de mes collègues qui s'occupent de la question en discussion continuent à ne pas tenir compte de mes premières hystérectomies vaginales totales qui datent de 1882 et sont antérieures par conséquent à celles de M. Demons.

Elles ont été publiées à cette époque et présentées à l'Académie de médecine. Il était donc facile aux opérateurs qui ont suivi mon exemple de les consulter. Ils auraient vu que la méthode du pincement temporaire et définitif des vaisseaux du vagin, de l'utérus et ligaments larges, au cours de l'opération, m'appartient, aussi bien lorsqu'il s'agit d'opération sur l'utérus que lorsqu'il s'agit des autres organes accessibles au chirurgien.

J'ai démontré d'ailleurs autrefois que ceux qui ont eu recours après moi à cette méthode ont pris les instruments tout faits chez les fabricants et se sont contentés de m'imiter.

Quoi qu'il en soit de ces observations, il me semble que, même à l'heure actuelle, ma technique opératoire n'a pas été suffisamment bien comprise. En effet, on s'est occupé exclusivement du pincement définitif, sans parler des services non moins importants que rend le pincement temporaire. C'est, cependant, ce dernier qui, fait avec deux ou plusieurs pinces à mors longs, droits ou courbes, permet de détacher rapidement l'utérus sans perdre de sang. C'est lui qui permet aussi, après l'ablation de l'organe, d'attirer, d'abaisser les ligaments larges, et lorsqu'on le juge utile, de les lier en deux moitiés, sans difficulté et sans crainte d'hémorrhagie. C'est encore lui qui permet de se passer de ces ligatures si on veut le rendre définitif en laissant les pinces à demeure. Comme j'ai le premier appliqué ces deux procédés et comme j'en ai publié les observations, il est impossible, malgré toute la mauvaise volonté, de ne pas en tenir compte.

Reste à déterminer les cas dans lesquels il faut préférer la ligature ou le pincement définitif des ligaments larges. M. Demons pense qu'il convient de laisser les pinces à demeure quand l'utérus est petit, mobile, facile à extraire, et de recourir à la ligature quand l'utérus est volumineux.

En ce qui me concerne, une expérience déjà longue m'a démontré que c'est le contraire qui doit être fait. Mais il n'empêche que ces deux méthodes sont aussi précieuses l'une que l'autre et toutes deux m'ont donné d'excellents résultats.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — A l'occasion du voyage à Bordeaux de M. le président de la République et de l'inauguration de la Faculté de médecine de cette ville, les décorations suivantes ont été décernées.

Est promu au grade d'officier M. le Dr Levieux, président du Conseil d'administration des hôpitaux et hospices.

Est nommé chevalier : M. Pitre, doyen de la Faculté de médecine.

Sont nommés officiers de l'instruction publique MM. les professeurs Jolyet et Vergely.

M. le président de la République a en outre distribué des palmes académiques à plusieurs de nos confrères bordelais dont nous publierons les noms dans notre prochain numéro.

Les inspecteurs régionaux de l'hygiène publique. — M. Pierre Legrand, ministre du commerce, vient de réaliser par décret une mesure destinée à renforcer le service d'hygiène en attendant qu'une loi nouvelle fournisse au gouvernement les moyens qui lui font défaut dans la législation actuelle.

Les récentes acquisitions de la science ont prouvé la nécessité qu'il y a, dans l'intérêt de la santé publique et afin d'arrêter la propagation des maladies épidémiques, à ce que l'administration puisse, dès le début, prendre toutes les mesures de préservation, que peut commander la situation.

Or, dans l'état actuel et malgré la bonne volonté des préfectures, l'administration centrale est très insuffisamment renseignée sur les conditions sanitaires des diverses parties de la France.

Le comité de direction des services de l'hygiène a pensé que l'on pourrait arriver à combler cette lacune en faisant appel au concours éclairé des professeurs d'hygiène des Facultés de médecine.

Ces professeurs, dit le ministre dans un rapport qu'il adresse au président de la République, sont tout désignés par leur compétence et leur autorité pour remplir les fonctions d'inspecteurs régionaux de l'hygiène publique. Tenus par leurs relations et leurs études au courant de tout ce qui intéresse la santé générale du pays, ils pourront donner aux médecins des épidémies des instructions précises en vue d'arrêter par des

mesures prophylactiques le développement des maladies épidémiques et concentrer, pour en faire l'objet de rapports circonstanciés adressés au ministre, tous les renseignements relatifs à la salubrité et à l'état sanitaire de leur circonscription.

Cette innovation serait réalisée sans imposer aucune charge nouvelle au Trésor, la dépense des allocations à attribuer à ces inspecteurs régionaux pour leurs frais de déplacement pouvant être prélevée sur les crédits inscrits au budget du département du commerce pour le personnel du service sanitaire.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — *Programme du concours* 1886-1888. — Étudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique. *Prix* 500 *francs.* — *Clôture des concours :* 31 *décembre* 1888.

1888-1889. Établir et discuter les moyens de diagnostic différentiel des tumeurs du ventre. *Prix :* 600 *francs.* — *Clôture du concours :* 15 *mars* 1889.

Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. *Prix :* 600 *francs.* — *Clôture du concours :* 15 *mars* 1889.

Prix fondé par un anonyme. — Élucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.

Prix : 8,000 *francs.* — *Clôture du concours* : 31 *décembre* 1888.

Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Conditions des concours. — Les mémoires lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *franco de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Sont exclus des concours :

1° Le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées ;

2° Celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement ;

3° Celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original.

Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé ; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois, l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie de son travail.

L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires tirés à part, et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

La méthode pastorienne en Autriche. — A la Chambre des députés de Vienne, le député allemand M. Roser a profité du paragraphe du budget qui concerne les frais d'impression des travaux du congrès d'hygiène pour attaquer la méthode Pasteur, en se basant sur une étude publiée par le professeur Billroth. Le député tchèque M. Wiedersperg a pris énergiquement la défense de M. Pasteur et a traité la brochure de M. Billroth de pamphlet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

INQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 52. JEUDI 3 MAI 1888

LA FRANCE MÉDICALE

REAUX s'abonne chez ... et E. LECROSNIER Place ...ole-de-Médecine PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...r ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
...rages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.


MARQUE DE FABRIQUE
Dr K
DÉPOSÉE



35e Année. — Tome I. Nº 51 Jeudi 3 Mai 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 2 mai 1888.

Nous publions ci-dessous la plus grande partie du mémoire lu hier, par M. Lancereaux, à l'Académie de médecine, sur les relations du diabète sucré avec les altérations du pancréas. L'éminent médecin de la Pitié poursuit des recherches commencées depuis plus de dix ans et crée définitivement cette nouvelle forme de diabète.

M. le professeur Germain Sée a résumé un travail dans lequel M. Moncorvo, de Rio Janeiro, expose les excellents résultats que lui a donné l'antipyrine chez les enfants. Sur 102 cas il n'y a eu, comme accident imputable au médicament, qu'une légère éruption. Depuis les dernières communications à l'Académie, M. Sée lui-même a fait faire de nombreuses recherches en Allemagne, en Russie et en Amérique ; sur plus d'un million d'individus qui ont absorbé de l'antipyrine, c'est à peine s'il y a eu, dans plusieurs cas, des accidents semblables à ceux produits par les moules. Peut-être est-ce là le chant du cygne de l'antipyrine, sous ce nom du moins, car depuis hier l'antipyrine a disparu pour faire place à l'analgésine. M. Bourgoin a proposé ce nouveau nom à l'administration de l'Assistance publique qui l'a accepté, et dès aujourd'hui tous les médecins des hôpitaux, et même tous les médecins de France ne prescriront plus que l'analgésine. Il n'est pas douteux qu'il ne se fasse immédiatement sur ce point un accord unanime. En effet, non seulement, pour désigner la diméthyloxyquinizine, le mot d'analgésine est beaucoup plus logique que celui d'antipyrine : il y a là une autre question. Il s'agit de faire disparaître ce monopole qui nous rendait tributaires d'une seule usine allemande et de faire cesser une dépense considérable que ne compensait en rien la qualité parfois douteuse des produits.

M. le professeur Germain Sée a fait une nouvelle communication des plus importantes sur l'examen du suc gastrique à l'aide de la

fluroglycine. M. Aug. Voisin a rendu compte de ses visites dans les établissements pénitentiaires de Suisse, de Hollande et de Belgique, d'où il est revenu très partisan du régime cellulaire.

Dans le comité secret qui a suivi cette séance, M. Laboulbène a lu son rapport sur les candidats au titre de correspondant national (1re division). Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant: en 1re ligne, M. Mordret (du Mans); en 2e ligne, M. Morache (de Bordeaux); en 3e ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Chedevergne (de Poitiers), Fabre (de Commentry), Niepce (d'Allevard) et Pierret (de Lyon). A. Ch.

Nouveaux faits de diabète sucré avec altération du pancréas.

Par M. Lancereaux.

Dans une précédente communication, nous avons étudié, devant cette Académie, les lésions du pancréas rencontrées chez des diabétiques, et, tenant compte de la physionomie spéciale du diabète observé dans ces cas (diabète maigre), nous avons été conduit à admettre la possibilité d'une relation entre ces lésions et la glycosurie. Depuis lors, quelques auteurs ont voulu rattacher la plupart des cas de diabète sucré à des désordres pancréatiques; c'est là, croyons-nous, une exagération dont il faut se garder. Néanmoins, nous continuons à penser qu'une certaine forme de diabète, distincte par ses symptômes et surtout par son évolution, se trouve liée aux lésions du pancréas.

M. Lancereaux lit ici quatre observations détaillées, suivies d'autopsies, et dont voici les sommaires :

Obs. I. — Homme, 40 ans. — Polydipsie et Polyphagie — Polyurie avec Glycosurie — Anaphrodisie — Perte totale des forces — Tuberculose pulmonaire et mort — Atrophie du pancréas par oblitération du canal de Wirsung — Aucune trace de calcul — Etat graisseux dans toute la portion du parenchyme située derrière le point d'oblitération.

Obs. II. — Femme, 45 ans. — Diabète maigre — Gingivite expulsive et alopécie — Oblitération des voies pancréatiques par un calcul dur, du volume d'un petit poids, situé à l'embouchure du canal accessoire devenu canal principal — Transformation fibro-graisseuse du pancréas.

Obs. III. — Homme, 29 ans. — Polydipsie et polyurie — Polyphagie avec glycosurie — Impuissance génitale — Perte absolue des forces physiques — Tuberculose pulmonaire et mort — Atrophie graisseuse du pancréas.

Obs. IV. — Homme, 51 ans. — Polydipsie et polyurie — Polyphagie et glycosurie — Pleurésie suppurée et mort — Atrophie du pancréas.

Ces faits ne sont pas les seuls que j'ai observés ; depuis ma communication de l'année 1877, plusieurs autres ont passé sous mes yeux et m'ont présenté des désordres cliniques et anatomo-pathologiques semblables. C'est un total de vingt cas, dont quatorze suivis de mort. Le début de la maladie, dans tous ces cas, s'est produit au milieu de la pleine santé ; il a été brusque, presque subit et s'est manifesté par de la polydipsie, bientôt suivie de polyphagie et de polyurie avec glycosurie : en même temps survenaient un amaigrissement rapide, une déperdition progressive des forces physiques et génitales, et un changement notable dans le caractère des personnes affectées. A ces symptômes s'ajoutaient enfin des désordres provenant du trouble général de la nutrition, et tout particulièrement la sécheresse de la peau, la chute des cheveux et des dents.

La soif, toujours vive et impérieuse, souvent plus intense la nuit que le jour, tourmente le sommeil des malades ; ceux-ci se plaignent de sécheresse de la gorge, de sensations pénibles diverses ; l'un d'eux nous disait qu'il lui semblait avoir du plâtre dans la bouche ; un autre était pris d'une céphalalgie qui disparaissait lorsqu'il avait étanché sa soif. La quantité de boissons ingérée dépasse, en général, cinq litres dans les vingt-quatre heures ; nous avons vu des malades qui buvaient jusqu'à douze et quinze litres dans cet espace de temps.

La polyphagie est relativement moins intense, mais cependant encore très grande et parfois dévorante. La quantité d'aliments ingérés est beaucoup plus considérable que dans l'état normal ; les malades arrivent à manger en abondance de la viande et des œufs. La langue est tantôt normale, tantôt légèrement saburrale ; à une phase avancée de la maladie elle devient rouge, se desquame ; puis l'appétit diminue et il se produit quelquefois du muguet et une diarrhée plus ou moins abondante. Les selles sont plus douloureuses, jaunâtres, rarement graisseuses. Deux de nos malades ont prétendu avoir éprouvé, dès le début de leur maladie, ou même un peu plus tôt, de vives douleurs à l'épigastre. Ces douleurs, qui avaient le caractère des coliques abdominales, ont particulièrement attiré notre attention et, dans un cas du moins, elles nous conduisirent à diagnostiquer une lithiase pancréatique qui fut confirmée par l'examen nécroscopique.

Le polyurie, presque toujours en rapport avec l'état de la soif, tourmente assez généralement les malades par son abondance et l'obligation où elle les place de se lever la nuit. La quantité d'urines rendues dans les vingt-quatre heures varie entre trois et dix li-

très, elle est le plus ordinairement de cinq à sept litres; la densité oscille entre 1025 et 1055; la coloration est le plus souvent jaunâtre et pâle; l'émission peut être suivie d'un prurit insupportable aux parties génitales.

La glycosurie se fait remarquer par son abondance; la quantité de sucre rendue a été par litre de liquide de 50 à 85 grammes; celle des vingt-quatre heures a varié entre 300 et 500 grammes.

L'autophagie survient peu de temps après le début de ces premières manifestations; elle s'accentue rapidement, à tel point que plusieurs de nos malades ont perdu de 15 à 20 kilogrammes, en trois ou quatre mois, malgré l'absence de tout signe de tuberculose.

Cette diminution de poids atteint sans doute toutes les parties de l'organisme, mais principalement le tissu cellulo-adipeux et les muscles. Ceux-ci, amincis et flasques, réagissent localement sous le doigt (myxœdème); la peau est rugueuse, écailleuse, peu élastique. Une de nos malades, jeune femme de trente ans, a présenté une éruption généralisée, constituée par des saillies surmontées de petites pustules, et dont l'aspect rappelait assez bien celui d'une mûre. Par contre le furoncle et l'anthrax ne se sont présentés à notre observation que dans un seul cas, soit que la marche rapide de la maladie n'ait pas favorisé leur évolution, soit qu'il y ait eu une toute autre cause.

Les cheveux tombent fréquemment sur plusieurs points; leur chute donne naissance à de l'alopécie plutôt qu'à de la calvitie; les dents s'altèrent au bout d'un certain temps, et cela de deux façons différentes : tantôt elles se déchaussent peu à peu et tombent par le fait de l'affection connue sous le nom de *gingivite expulsive*, tantôt elles sont rapidement érodées et détruites par une carie qui débute surtout au niveau du collet.

Les forces physiques, dès l'apparition de la polydipsie et de la polyphagie, commencent à diminuer : le malade se sent courbaturé, mal à l'aise; et de plus, il éprouve une fatigue musculaire générale au moindre exercice; s'il peut continuer son travail pendant quelque temps, deux ou trois mois environ, il est forcé de l'abandonner ensuite. Les forces génitales ne disparaissent pas moins rapidement, car plusieurs de nos malades se sont déclarés impuissants au bout de six semaines ou deux mois de maladie. Tous ces désordres, on le conçoit, ne manquent pas d'exercer une influence fâcheuse sur les facultés intellectuelles, et particulièrement sur le caractère des malades. L'intelligence baisse quelque peu, la mémoire diminue, le travail de l'esprit devient pénible, le caractère s'assombrit, la gaîté disparaît, fait place à la tristesse et à l'inquiétude. Les organes des sens, à peine troublés dans les cas suraigus, finissent par s'altérer dans le cours de ceux qui se prolongent. Trois de nos

malades ont présenté des débuts de cataractes, quelques autres accusaient un léger degré de surdité.

Ces accidents se continuent pendant plusieurs mois, et quelquefois pendant une année et plus, sans autre changement notable qu'un amaigrissement progressif et une déperdition des forces de plus en plus considérable ; après quoi surviennent des désordres d'un autre genre qui les compliquent et finissent généralement par amener la mort.

Les accidents qui caractérisent cette seconde phase sont de deux ordres : les uns, effet d'une sorte d'intoxication par insuffisance d'élimination, se manifestent par de la dyspnée, une sensation de constriction du thorax, un grand malaise avec léger degré d'agitation, fréquemment suivie d'un coma profond. Les autres, résultat de la dénutrition générale, consistent en des lésions tuberculeuses des poumons, et dans certains cas, en des désordres voisins de la gangrène. C'est au milieu de ces accidents que nous avons vu la mort se produire quatorze fois sur vingt, comme l'indique le tableau suivant :

Coma sans désordre appréciable de l'encéphale....	4 cas
Broncho-pneumonie avec pleurésie suppurée.......	1 —
Tuberculose pulmonaire........................	9 —

La tuberculose a donc été le mode de terminaison le plus commun puisque nous l'avons constaté neuf fois sur quatorze cas. Des noyaux disséminés de broncho-pneumonie avec pleurésie suppurée ont été rencontrés dans un cas ; quatre fois la terminaison fatale a eu lieu au milieu d'un coma profond et plus ou moins brusque. Cet accident, toujours redoutable, emporte les malades d'une façon rapide, le plus souvent en deux ou trois jours.

La marche de la maladie a toujours été rapide, et pour ainsi dire aiguë, si on la compare à d'autres formes de diabète. Sa durée est, en effet, relativement courte. Le temps écoulé depuis le début présumé du mal, jusqu'à sa terminaison par la mort a varié comme il suit :

De 6 mois à 1 an............	5 cas
De 1 an à 2 ans..............	5 —
De 2 ans à 3 ans............	4 —

Cette forme de diabète, tant par son évolution que par ses complications, ne peut donc manquer d'inspirer au médecin les inquiétudes les plus vives ; aussi, en pareil cas, notre pronostic est-il des plus graves, quand surtout la maigreur et la déperdition des forces tendent à s'accroître. C'est qu'en effet, si le malade ne succombe pas dans le coma diabétique, il n'échappe pas à la tuberculose.

La thérapeutique est forcément pauvre dans les faits de ce genre où les principaux désordres sont, comme nous allons le voir, l'effet

de la destruction d'un organe important. Or, en pareil cas, lorsqu'on ne peut rendre à cet organe son activité propre, il faut chercher à suppléer à son fonctionnement. La pancréatine est ainsi le moyen tout indiqué; mais cette substance, certainement utile, est insuffisante, et partant, il y a lieu, comme toutes les fois qu'un organe se trouve supprimé, de chercher à exciter l'action d'un organe de suppléance. Cet organe, nous ne le connaissons pas absolument, mais, à en juger par l'état hypertrophique des glandes duodénales, il semble que ces glandes doivent venir naturellement en aide au pancréas altéré. A côté de cette indication se place celle qui, selon nous, a la plus grande importance: nous voulons dire celle du régime. Le lait et les aliments azotés sont les substances qui nous ont paru le mieux réussir. Une dernière indication encore plus urgente que les précédentes: c'est de combattre les accidents dyspnéiques et comateux, indices d'un empoisonnement par insuffisance d'élimination. Les purgatifs drastiques sont les moyens auxquels nous avons été conduit à donner la préférence; ils réussissent généralement, du moins pendant un certain temps.

Tel est, un peu écourté, le tableau clinique des cas de diabète maigre ou aigu observés par nous depuis dix ans. Ces cas sont tellement semblables à eux-mêmes et les phénomènes qu'ils présentent tellement distincts de ceux des autres formes de diabète que nous sommes forcément conduit à admettre pour le diabète maigre, sinon une cause, du moins une condition pathogénique toute particulière.

Malgré des recherches rigoureuses, il nous a été impossible d'arriver à trouver une cause spéciale à cette forme du diabète. Sur les vingt malades, trois étaient de grands buveurs de cidre, quatre avaient subi une intoxication palustre; les treize derniers ne nous ont rien indiqué qui pût rendre compte de leur affection. Ils étaient tous bien constitués, n'offraient aucune tare héréditaire ou acquise, et jouissaient d'une santé excellente, jusqu'au moment où se déclarèrent tout à coup les premiers phénomènes du diabète. Mais si une circonstance étiologique particulière ne vient expliquer ces faits, il y a lieu, ce nous semble, de chercher leur raison d'être dans une condition pathogénique semblable, sinon identique; cette condition, c'est l'altération du pancréas.

Nos quatorze malades présentaient, en effet, une lésion matérielle du pancréas, et ce désordre qui se manifestait, dans la plupart des cas, par un état d'atrophie plus ou moins avancée, était tel que la fonction pancréatique se trouvait profondément modifiée, sinon détruite. Cette atrophie, il faut le reconnaître, n'avait pas toujours la même origine; tantôt elle était subordonnée à l'obstruction ou à l'altération du canal de Wirsung, tantôt liée à un désordre primitif des

éléments épithéliaux et secrétoires du pancréas, tantôt enfin, soumise à une sclérose du stroma conjonctivo-vasculaire de la glande avec dilatation de son conduit excréteur. A ce point de vue, l'analyse de nos faits donne les résultats suivants (1) :

Lithiase pancréatique avec obstruction du canal de Wirsung.	2 cas.
Oblitération de ce même canal sans cause connue.	1 —
Stéatose lente ou stéatose aiguë comparable à celle du foie dans l'ictère grave.	9 —
Sclérose avec dilatation du canal pancréatique.	2 —

En somme, tous ces désordres concourent au même résultat, à savoir : l'atrophie plus ou moins complète de la glande pancréatique, et comme ce n'est pas une seule et même lésion, mais un ensemble de désordres qui engendrent cette atrophie et produisent la destruction de cette glande, il y a lieu de croire que « cette destruction est « la conséquence nécessaire à la genèse du diabète maigre avec « toutes ses conséquences graves.

Réduit à une sorte de cordon fibro-graisseux, souvent difficile à découvrir à l'autopsie, le pancréas se trouve amoindri dans tous ses diamètres ; son poids, toujours diminué dans les cas d'atrophie par oblitération du canal de Wirsung, ne dépasse généralement pas 30 à 40 grammes. Un peu plus lourd et plus volumineux dans les cas de simple stéatose, cet organe ne pèse pas plus de 50 à 60 grammes, au lieu de 70 à 80 grammes, son poids normal. Ainsi, la diminution du poids du pancréas, l'altération de la fonction de cet organe ne font jamais défaut dans nos observations, et comme malgré le soin que nous apportons, dans les autopsies, à l'examen de cette glande, il ne nous arrive pas de constater de semblables altérations en dehors du diabète maigre, nous n'hésitons pas à admettre l'existence d'une relation pathogénique entre cette maladie et la lésion pancréatique.

Plusieurs auteurs, il est vrai, ont prétendu, depuis notre précédent mémoire surtout, que la coexistence du diabète et d'une altération du pancréas était une exception, que souvent on a trouvé des lésions graves de cet organe sans qu'il y eût de glycose dans les urines. A la vérité, il existe quelques observations de lithiase avec atrophie pancréatique, sans qu'il soit fait mention de glycosurie ;

(1) Déjà, dans notre premier mémoire, se trouvent rapportés deux cas de diabète maigre avec lithiase pancréatique. Depuis lors, deux de nos meilleurs élèves, les docteurs Lapierre (*Th. de Paris*, 1879), Guelliot, de Reims (*Gaz. méd. de Paris*. 1881), et le Dr Notta, de Lisieux (*Union médicale*, 1881, t. 31, p. 289), ont publié des faits intéressants et nettement démonstratifs de stéatose pancréatique avec diabète sucré.

mais on voudra bien reconnaître avec nous que, dans ceux de ces faits où le pancréas est profondément altéré, l'examen des urines a été négligé. Nous savons, d'autre part, que la compression du canal de Wirsung à son embouchure, soit par un cancer, soit par une tumeur quelconque est exceptionnellement accompagnée de glycosurie ; là aussi, l'état des urines n'attire pas toujours suffisamment l'attention des observateurs, et, dans certains cas où on n'a pas trouvé de sucre dans le liquide urinaire, il y a à se demander si, par un examen plus tardif et plus minutieux, on ne serait pas parvenu à déceler la présence de cette substance. Nous le croyons d'autant mieux que des auteurs éminents, Bright, Frerichs, Harley, ont rapporté des cas de cancer de la tête du pancréas présentant des phénomènes du genre de ceux qui caractérisent le diabète maigre. Dans un cas publié par Harley, l'examen des urines, à un moment où tout indiquait l'existence d'une compression du canal de Wirsung, ne permit de découvrir tout d'abord aucune trace de sucre dans l'urine ; ce fut seulement plus tard que l'on vit apparaître une glycosurie abondante bientôt suivie de la mort. Le diabète maigre, en conséquence, n'est pas un effet immédiat de l'oblitération du canal de Wirsung ; il ne survient qu'à la suite d'une altération profonde du pancréas.

Ce type, si redoutable, est heureusement rare. Une forme de diabète beaucoup plus commune est celle qui se trouve décrite dans les ouvrages classiques. Sur vingt-cinq cas observés par nous dans ces derniers temps, quatre seulement ont été suivis de mort ; les autres furent rapidement améliorés. Le début du mal, toujours insidieux, se révèle généralement, alors, par de l'obésité qui se montre à un âge peu avancé de la vie, le plus souvent avant trente ans et se continue (diabète gras). La glycosurie apparaît plus tardivement ainsi que la polydipsie, la polyurie et la polyphagie ; mais ces symptômes n'ont jamais ici l'intensité ni la gravité qu'ils présentent dans le diabète maigre. Les urines ne dépassent guère trois à quatre litres dans les vingt-quatre heures, et la quantité de sucre rendue pendant le même espace de temps oscille entre soixante et quatre-vingts grammes ; exceptionnellement elle s'élève à cent cinquante et deux cents grammes. Quant à l'autophagie, elle fait défaut, ou ne survient que longtemps après le début du mal, en sorte que ce diabète se distingue nettement du précédent, tant par son début que par ses manifestations symptomatiques et, comparé au précédent, il mérite le nom de diabète gras. Il a d'ailleurs une marche lente essentiellement chronique, au point d'être souvent méconnu et de passer inaperçu. Sa durée en est toujours longue ; je me souviens d'avoir vu plusieurs fois succomber dans la clinique de la ville, à un âge fort avancé, quatre-vingts et quatre-vingt-deux ans, des personnes qui

étaient atteintes de cette maladie depuis plus de trente ans. Effectivement, ces malades ne meurent pas tant du diabète que des affections qui le compliquent, telles que : furoncles, anthrax, phlegmons gangréneux, et si, dans un certain nombre de cas, la tuberculose vient terminer leur existence, c'est non pas au bout d'une année comme le diabète maigre, mais à la suite d'un long espace de temps. Les quatre décès que nous avons mentionnés se repartissent, à ce point de vue, comme il suit :

Anthrax et phlegmon gangréneux	2
Hématémèse	1
Tuberculose pulmonaire	1

Ces lésions étaient accompagnées deux fois de lithiase biliaire, trois fois d'artério-sclérose et d'osthéophytes voisins des articulations. Ainsi les faits appartenant à ce second groupe, déjà distincts de ceux qui précèdent par leurs manifestations cliniques et par leur évolution, le sont encore par l'absence de lésions pancréatiques et par la présence de désordres concomitants tout particuliers.

Ces désordres, tout au moins communs, sinon constants dans cette forme de diabète, se manifestent dès le jeune âge par des douleurs migraineuses ou névralgiques, des épistaxis, des éruptions cutanées diverses, des hémorrhoïdes, et plus tard par des lésions artérielles et des poussées articulaires considérées comme goutteuses; mais qui ne sont ordinairement que des poussées de rhumatisme chronique. La coexistence de ces manifestations avec le diabète gras, quelle qu'en soit la signification, n'est pas moins un fait acquis, dont l'importance ne peut échapper, et qui conduit à se demander si ce diabète n'est qu'une forme symptômatique, le syndrôme d'une maladie plus générale, à laquelle se rapporteraient tous les désordres en question.

A côté de ces deux types, il en est un troisième qui ne présente ni la lésion pancréatique du premier, ni l'obésité du second, et qui se distingue par une évolution moins rapide que celle du diabète maigre et plus courte que celle du diabète gras. Lié la plupart du temps à un désordre des centres ou des cordons nerveux, ce dernier type est tantôt l'effet d'une lésion matérielle du bulbe ou même d'une autre partie de l'appareil nerveux, tantôt la conséquence d'une commotion physique cérébro-spinale intense, succédant à des accidents de chemins de fer, à un traumatisme quelconque ou à toute autre cause.

Dans ce diabète, la polydipsie et la polyurie sont rarement très abondantes; la polyphagie est peu prononcée, la glycosurie ordinairement peu considérable et l'autophagie pour ainsi dire nulle. Ajoutons que les complications glycosuriques telles que : furoncles, anthrax, phlegmons gangréneux et tuberculose pulmonaire sont ici des plus rares, et l'on reconnaîtra que le pronostic de cette forme est

relativement bénin, la mort n'en étant presque jamais la conséquence.

En résumé, le diabète sucré tel qu'il est compris aujourd'hui, n'est pas une maladie univoque ; cette dénomination sert à désigner des formes morbides diverses. Parmi ces formes, il en est une qui, par son début brusque, ses manifestations symptomatiques accentuées, son évolution rapide et avant tout par la maigreur qu'elle détermine et la lésion pancréatique qui l'accompagne, constitue un type nettement défini ; c'est ce type que nous désignons sous le nom de diabète maigre ou diabète pancréatique et qui se trouve particulièrement visé dans ce travail.

A côté de ce type, il en est un autre non moins distinct, beaucoup plus commun que le précédent ; celui-ci, essentiellement héréditaire, se manifeste tout d'abord par de l'embonpoint qui persiste généralement et n'est pas accompagné de lésions pancréatiques. Ses symptômes sont beaucoup moins accusés que ceux du diabète maigre, sa marche est lente, sa durée indéterminée ; c'est un syndrôme s'ajoutant à d'autres états pathologiques, et, la plupart du temps à des manifestations articulaires chroniques. Nous l'appelons diabète gras ou diabète constitutionnel.

Un troisième type se montre parfois à la suite d'un ébranlement du système nerveux, d'un traumatisme ou d'une vive commotion cérébrale. Il est purement accidentel et se distingue par des symptômes relativement légers, par une évolution et une durée très variables, puis par une certaine tendance à la guérison.

Ce diabète traumatique ou nerveux est la forme la moins grave de celles que nous signalons ici sans avoir la prétention de les indiquer toutes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er *mai* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts qui consulte l'Académie sur la question de savoir comment doivent être interprétés les termes : remèdes magistraux et remèdes officinaux (Renvoyé à une commission composée de MM. Jules Le Fort, Planchon, Bourgoin, Dujardin-Beaumetz et Prunier) ; 2° une lettre de M. Peyraud, de Libourne priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (accepté) ; 3° de M. le Dr Commenge, un manuscrit sur les vaccinations faites par lui en 1887 dans le IVe arrondissement de Paris ; 4° de M. le Dr Delamare, médecin-major, une étude sur la statistique médi-

cale du 9e corps d'armée pendant les années 1884-1885-1886 (Comm. des épidémies).

De l'antipyrine chez les enfants. — M. *G. Sée* présente de la part de M. le professeur Moncorvo, de Rio-Janeiro, un travail manuscrit sur l'emploi de l'antipyrine chez les enfants; M. Moncorvo a pu constater la parfaite innocuité de ce médicament chez les 102 petits malades auxquels il l'a administré. Dans un seul cas il a eu une éruption.

M. Moncorvo rapporte dans ce travail deux observations de chorée guérie par l'antipyrine, c'est dans ce cas un excellent remède. Chez un enfant de 13 ans, une chorée très violente a été guérie en dix-sept jours par l'antipyrine, prise à la dose de 5 grammes par jour. Chez l'autre, la chorée a guéri en dix jours.

M. G. Sée a lui-même fait faire des recherches par ses élèves, dont un grand nombre sont d'origine allemande, russe ou américaine, et c'est seulement dans sept cas, sur plus d'un million d'individus, qu'on a constaté des accidents semblables à ceux produits par les moules.

Étude sur l'état physique, moral et intellectuel de détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire dans les établissements pénitentiaires de Belgique pendant dix ans et plus. — M. *Auguste Voisin* lit un mémoire tiré d'observations qu'il a prises, dans les prisons cellulaires de Belgique, sur des détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire depuis dix ans et plus.

Il ressort de ses observations que la santé physique de ces condamnés ainsi que leur état intellectuel et moral ne sont pas atteints et que la statistique portant sur les trente années qui se sont écoulées depuis la fondation des prisons cellulaires de Belgique, démontre que la mortalité et la morbidité y sont moins grandes que dans les prisons communes ainsi que le suicide et la folie.

M. Voisin est entré dans des détails circonstanciés sur l'hygiène, sur l'organisation du travail manuel dans chaque cellule, sur les occupations variées et nombreuses des prisonniers, sur l'enseignement primaire et les instructions religieuses qui leur sont donnés, sur les visites quotidiennes très fréquentes qui leur sont faites d'après les règlements et il en conclut que ce sont ces conditions qui expliquent ces résultats satisfaisants du régime de l'emprisonnement cellulaire belge dont le but absolu et principal est d'isoler les détenus les uns des autres et d'éviter toute espèce de promiscuité.

L'analgésine. — M. *Bourgoin* a proposé à l'administration de l'Assistance publique, qui l'a adopté, de changer le nom d'antipyrine en celui d'analgésine et de mettre ainsi fin au monopole de ce médicament qui n'était fabriqué et vendu que par une usine allemande.

Pendant les trois premiers mois de l'année courante, la dépense d'antipyrine a été de 116 kilog.; ce qui ferait une dépense de 62,000 fr. pour toute l'année. Il y a donc là une question pécuniaire des plus importantes.

Le mot d'analgésine est d'ailleurs beaucoup plus logique que celui d'antipyrine.

Lorsqu'un médicament est spécialisé, on ne peut vérifier sa qualité; souvent, sous peine de ne rien délivrer, M. Bourgoin a dû donner de l'antipyrine qui était manifestement altérée. Au contraire, en soumettant l'analgésine à l'adjudication, il sera facile de délivrer aux malades un médicament irréprochable.

ÉLECTIONS. — *L'Académie* procède à l'élection d'un titulaire dans la section de physique et chimie médicales.

Sur 75 votants, majorité 38, M. d'Arsonval est élu au premier tour de scrutin, par 51 voix, contre 16 données à M. Quinquaud, 3 à M. Riban, 1 à M. Hardy et 1 bulletin blanc.

NOUVEAUX FAITS DE DIABÈTE SUCRÉ AVEC ALTÉRATION ET DES LÉSIONS DU PANCRÉAS. — M. *Lancereaux*. Voir en tête du numéro.

DE L'EXAMEN DU SUC GASTRIQUE A L'AIDE DE LA FLUOROGLYCINE. — M. *G. Sée*. Nous publierons cette importante communication dans le prochain numéro.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national.

—

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Notre collaborateur Verchère nous prie de signaler qu'il n'est pour rien dans le complément ajouté à la fin du compte-rendu de la séance du 17 mars, qu'il n'avait pas à donner *in extenso*.

NOUVELLES

—

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central*. — La composition écrite a eu lieu hier sur le sujet suivant : *Anatomie, physiologie et séméiologie des tremblements.*

Le jury est composé de MM. Guibout, Fernet, Joffroy, Hanot, Gingeot Chauffard, Léon Labbé.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

UIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 53. SAMEDI 5 MAI 1888.

LA
[L]ANCE MÉDICALE

[BUR]EAUX
[On s'ab]onne chez
[M]. E. LECROSNIER
[Pl]ace
[de l'Écol]e-de-Médecine
[PA]RIS

Paraissent le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
...remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 53 Samedi 6 Mai 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

—

Recherches bactériologiques sur l'utérus après la parturition physiologique,

Par MM. Straus et D. Sanchez Toledo (1).

Nous avons fait chez les femelles de différents animaux un certain nombre de recherches et d'expériences relatives à l'état de la cavité utérine et de son contenu après la parturition physiologique; en voici les principaux résultats :

I. La première partie de ces recherches a consisté dans l'examen bactériologique de la cavité utérine et du liquide qu'elle renferme à des moments variables après la parturition.

Ces recherches ont porté sur des lapines, des femelles de cobayes, de souris et de rats. Les animaux étaient sacrifiés dans un espace de temps, après la mise bas, variant entre trois heures et trois jours. Immédiatement après la mort, les cornes utérines et le corps de l'utérus étaient ouverts avec toutes les précautions voulues.

On recueillait à l'aide d'un fil de platine recourbé en anse des parcelles du liquide muco-sanguinolent qui remplit ces cavités; ce liquide était semé dans des milieux de culture variables (bouillon de veau alcalin, bouillon gélatiné, gélosé); les ballons et les tubes étaient maintenus à l'étuve à 20° et à 37°. Cette expérience, répétée un grand nombre de fois et sur un grand nombre de femelles, donna toujours le même résultat : *les milieux de culture demeurèrent stériles.*

En même temps, on étalait sur des lamelles cette sécrétion ainsi que du raclage provenant de la paroi interne de l'utérus. Ces préparations furent soumises à l'action de divers réactifs colorants : *dans aucune on ne constata la présence de micro-organismes.*

---

(1) Note présentée par M. le professeur Bouchard à l'Académie des sciences.

Enfin des fragments de l'utérus et les cornes furent durcis dans l'alcool absolu et sur des coupes on pratiqua les mêmes essais de coloration, également avec des résultats négatifs.

Il faut conclure de ces faits que, chez ces animaux, après la parturition physiologique, la paroi utérine ainsi que la sécrétion qui y est contenue *ne renferment pas de micro-organismes*. Les nombreux germes que renferment les premières voies génitales ne pénètrent donc pas à l'intérieur de l'utérus, ou, s'ils y pénètrent, ils y sont rapidement détruits.

Ces faits expérimentaux, observés chez les femelles des animaux, trouvent leurs analogues dans des recherches faites récemment par M. Döderlein (1) sur les lochies des femmes en couches. Il constata que ces lochies, prises avec pureté dans l'utérus chez les accouchées ne présentant pas de fièvre, ne renfermaient pas de bactéries et pouvaient être inoculées sans effet appréciable sous la peau des animaux; tandis que les lochies des femmes fébricitantes contenaient des microbes et provoquaient des accidents chez les animaux auxquels on les injectait.

II. Nous avons, en outre, procédé à des expériences d'un ordre différent. Nous avons introduit également, à des époques variables après la parturition, dans l'intérieur des cornes utérines, des cultures pures de divers microbes pathogènes (*Bacillus anthracis*, *Vibrion septique*, *Staphylococcus pyogènes aureus*, *Choléra des poules*).

La plupart de ces injections ont été faites de trois à dix heures après la mise bas, quelques-unes au bout d'un jour ou deux.

Ces expériences conduisent à des données inattendues; elles montrent que l'on peut impunément introduire dans la cavité utérine de femelles qui viennent de mettre bas des quantités énormes de microbes, éminemment pathogènes pour ces animaux, sans provoquer aucune infection.

Un seul micro-organisme a fait exception : celui du *Choléra des poules*; mais on sait combien le lapin est sensible à son action et avec quelle facilité il s'infecte par toutes les voies naturelles, par le tube digestif notamment.

Nous n'essayerons pas, pour le moment, d'expliquer cette singulière résistance de la plaie utérine, après la parturition, chez ces animaux, qui contraste avec la vulnérabilité si grande que présente cette même plaie utérine à l'égard des microbes pathogènes chez la femme en couches.

(1) Untersuchung über das Vorkommen von Spaltpilzen in den Lochien der Uterus und der Vagina gesunder und kranker Wöchnerinnen (*Archiv für Gynækologie*, Band XXXI, p. 412; 1887).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

PLAIES DE L'ABDOMEN. — M. *Monod*, à propos du procès-verbal, cite l'observation d'un malade qui a reçu un coup de couteau dans le ventre. Issue de l'épiploon et de l'intestin. Suture après réduction. Guérison.

PLAIES PAR ARMES A FEU, par M. *Menier*. — RAPPORT. — M. *Chauvel* fait un rapport sur un travail envoyé par M. Menier, d'où il résulte que les projectiles à enveloppes de cuivre ou de maillechort lancés par le fusil se déforment, l'enveloppe éclate et des parcelles peuvent rester dans la plaie ; la balle peut continuer son chemin, puis elle subit les déformations classiques ; des parcelles de plomb peuvent adhérer aux parois de la plaie.

M. Chauvel n'a pas observé ces accidents dans les expériences qu'il a faites avec les nouvelles armes. La plaie est plus nette, les fissures, les esquilles osseuses sont moins nombreuses qu'avec les anciennes armes.

FRACTURE INDIRECTE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA, par M. *Labroue*. — RAPPORT. — M. *Kirmisson*. Un homme tombe, et dans sa chute sent que son tibia tourne en dedans. Une heure après, M. Labroue le vit et constata une fracture de l'extrémité supérieure du tibia passant au-dessus de la tubérosité antérieure de cet os. Appareil de Scullet.

La consolidation fut très rapide, elle s'opéra en trente-huit jours. La raideur articulaire disparut vite.

Cette observation vient à l'appui de la théorie de l'arrachement combiné à la torsion, mécanisme invoqué par M. Richet et M. Heydenreich pour expliquer les fractures du plateau tibial.

PLAIE CONTUSE DU SCROTUM AVEC HERNIE DES TESTICULES, par M. *Auriol* (de Bellegarde). RAPPORT. — M. *Kirmisson*. Un garçon de 14 ans tombe ; la roue d'une charrette lui passe sur le corps, dilacère le scrotum et détermine la sortie des testicules. L'un est à nu, l'autre est entouré de la vaginale. M. Auriol lava les testicules et procéda à leur réduction. Celle-ci fut très difficile pour le testicule non recouvert de la vaginale. Il appliqua un pansement antiseptique. Les suites furent des plus favorables. La réduction du dernier testicule fut très difficile, et la contention non moins difficile ; M. Auriol se crut obligé de fixer le testicule à la peau par une épingle qui les traversait l'un et l'autre.

RÉTRÉCISSEMENT TRAUMATIQUE DE L'URÈTHRE. DEUX TENTATIVES D'URÉTHROTOMIE EXTERNE. TAILLE HYPOGASTRIQUE. CATHÉTÉRISME RÉ-

TROGRADE. GUÉRISON, par M. *Vigot* (de Caen). — RAPPORT. — M. *Kirmisson*. Homme de 39 ans, tombe sur la hanche gauche d'une hauteur de 3 mètres.

Le malade urina du sang immédiatement et eut une ecchymose très étendue du scrotum. Le mécanisme de la lésion ne put être bien établi.

Le traitement primitif n'a pas été très méthodique. L'accident était arrivé le 22 novembre 1886, et le 26 février suivant, le malade n'urinait que par regorgement. M. Vigot ne réussit pas à passer la plus petite bougie.

Il proposa l'uréthrotomie externe, qui fut pratiquée le 28 mars ; il ne put trouver le bout postérieur. Il ne put y parvenir non plus le lendemain.

Dix jours après, il fit une nouvelle tentative qui fut inutile. Il proposa la taille hypogastrique, qui fut pratiquée quelque temps après. La vessie ouverte, il ne put sentir le col vésical après le doigt, car il n'avait pas mis de ballon de Petersen. Il fut obligé de repousser le col vésical avec le doigt introduit dans le rectum. Il introduisit d'arrière en avant une sonde métallique pour détruire le rétrécissement, et après, il put mettre une sonde en caoutchouc rouge. La marche fut favorable. Dix-sept jours après, la vessie était cicatrisée, et la sonde était enlevée deux jours après. Le malade, revu un an après, peut passer très aisément une sonde n° 20.

M. *Tillaux*. Malgré le résultat favorable obtenu par M. Vigot, je crois qu'il a eu tort de mettre une sonde en caoutchouc ; il s'exposait à la voir partir très rapidement. Il aurait peut-être mieux fait de fixer cette sonde par l'extrémité vésicale.

A propos de l'observation de M. Auriol, je dirai qu'il ne s'agissait pas, pour un côté, de hernie du testicule à proprement parler, c'était une hernie du testicule avec la vaginale et l'enveloppe fibreuse.

Je ne vois pas l'utilité de fixer le testicule à la peau par des points de suture comme l'a fait M. Auriol.

M. *Th. Anger*. J'ai vu dernièrement un malade qui avait une hernie des deux testicules, à travers une plaie du scrotum. Je n'ai pu réintégrer les deux testicules ; j'ai été obligé d'en enlever un. Je ne suis pas cependant sûr qu'il y eût une perte de substance du scrotum.

M. *Reclus*. J'ai vu dernièrement un cas de hernie du testicule à la suite d'une tentative de suicide ; j'ai eu beaucoup de peine à faire rentrer le testicule ; je crois que, dans ces hernies du testicule, il y a une congestion considérable de l'épididyme et des plexus veineux qui le gonflent et prennent une place considérable, d'où la difficulté du maintien et de la contention de l'organe réduit.

M. *Terrier*. Il m'est difficile d'accepter la castration quand il n'y

a pas de perte de substance considérable. On doit faire tous ses efforts pour réintégrer le testicule dans le scrotum. Je crois qu'on peut toujours réintégrer, on peut faire des débridements, si cela est nécessaire.

M. *Tillaux*. Si j'avais à traiter un malade atteint de hernie du testicule, et si je ne pouvais le réintégrer dans le scrotum, je couvrirais le scrotum de compresses chaudes pour tâcher de lutter contre la rétraction du dartos qui est la conséquence du froid, de l'émotion, de la blessure; et avoir ainsi plus de place pour loger le testicule.

M. *Reclus*. Je ne crois pas que ce soit le froid, l'émotion, qui rendent trop étroit le scrotum, je crois qu'il faut faire intervenir des congestions de l'épididyme et des plexus veineux.

M. *Kirmisson*. Je répondrai à M. Tillaux que, dans l'observation de M. Auriol, il s'agit pour un côté d'une hernie du testicule seul, et pour l'autre, d'une hernie du testicule enveloppé de la tunique vaginale.

C'est pour la première variété que la réduction est difficile : les explications données par M. Tillaux et M. Reclus sont acceptables ; il faut y joindre le renversement en doigt de gant des enveloppes du testicule.

Je ne comprends pas qu'on en arrive à la castration; on peut laisser le testicule dehors comme l'a dit Kocher, et on voit peu à peu la réduction se faire spontanément ou devenir facile après quelques jours.

Plaie de la paume de la main. — Section des tendons. — Impossibilité de ténorraphie. — M. *Bousquet*. Il y a dix jours, un confrère de l'armée, occupé à écraser de la gomme arabique avec une bouteille, la casse, un des débris pénètre dans sa main.

Il en résulta une plaie courbe allant du pouce au petit doigt, et pénétrant jusqu'aux os.

Les tendons fléchisseurs du pouce et de l'index étaient sectionnés.

L'hémorrhagie fut très difficilement arrêtée ; je dus, après beaucoup de peine, faire la ligature de la radiale et de la cubitale.

Je cherchai alors les tendons. Je ne pus trouver, malgré des incisions très franches, le bout supérieur des deux tendons. Nous nous arrêtâmes. Je me demande s'il ne faudrait pas recommencer ces tentatives, et je demande l'avis de la Société.

M. *Championnière*. Il me semble difficile de laisser un malade dans ces conditions, il faudra opérer le plus rapidement possible.

La bande d'Esmarck pour faire ces recherches est très précieuse.

M. *Schwartz*. Un jeune homme se fait, dans une chute, une section du fléchisseur du pouce qu'on ne soupçonne pas. On ne s'en aperçoit que plus tard par l'impossibilité où il était de fléchir la dernière

phalange du pouce. Je ne le vis que trois semaines après l'accident et proposai l'opération.

J'appliquai la bande d'Esmarck et j'eus toutes les peines du monde à retrouver non le bout central, mais le bout périphérique : il était soudé à la gaine que je dus disséquer. Il y avait un écartement de 6 centimètres ; je pus arriver à réunir grâce à la flexion forcée de la main et du pouce. Je suturai avec deux fils de soie.

Je fis une suture à étage de façon à reformer les insertions des muscles de l'éminence thénar que j'avais sectionnés.

Il est opéré depuis trois semaines et les mouvements du pouce existent.

M. *Berger*. Il y a grand avantage à faire les sutures tendineuses le plus tôt possible. J'ai eu l'année dernière à traiter une section des tendons des quatrième et cinquième doigts au niveau de l'articulation métarcarpo-phalangien ; le bout supérieur était au niveau du talon de la main. Après la suture, la tension des tendons était telle qu'ils soulevèrent la peau de la paume de la main et déchirèrent la suture de la peau, d'où résulta une adhérence à la cicatrice et la position des doigts en griffe ; de sorte que l'extension devint impossible ; cette position était moins gênante, il est vrai, que l'absence de flexion.

Je crois que ce résultat était dû à ce qu'il s'était passé six mois entre la section et l'opération.

M. *Kirmisson*. La bande d'Esmarck est utile aussi pour comprimer les muscles à travers les aponévroses quand on applique la bande de haut en bas.

M. *Terrillon* présente un malade qui reçut, il y a deux mois, une poutre sur l'épaule : il éprouva de l'engourdissement, et peu à peu, se déclara une paralysie du radial due à la compression exercée par le cal vicieux d'une fracture de la clavicule:

M. *Delens*. Dans un cas où il y avait une paralysie totale des nerfs du membre supérieur, par suite d'un cal volumineux, je réséquai le cal et le malade retrouva l'usage du membre supérieur complètement.

M. *Jalaguier* lit une observation de kyste congénital de la région sous-maxillaire chez un homme de 72 ans.

M. *Nimier* lit une observation de malformation du prépuce chez un soldat de 23 ans, et une observation de kyste glandulaire du méat urétral.

P. Bazy.

BIBLIOGRAPHIE

—

CLINIQUES CHIRURGICALES DE L'HÔTEL-DIEU, par le Dr *Paul Reclus*, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, professeur agrégé à la Faculté, membre de la Société de chirurgie. — Paris, G. Masson, édit. 1888.

Nous sommes bien en retard pour rendre compte d'un livre dont la lecture nous a cependant charmé et séduit.

Nous voulons parler des *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, par M. Reclus.

M. Reclus a eu la bonne idée de publier quelques-unes des excellentes leçons qu'il a faites pendant l'année qu'il a suppléé comme agrégé le professeur Richet.

Ces leçons ont été faites et écrites avec le soin particulier que sait apporter M. Reclus à tout ce qu'il fait, et avec ce style châtié, simple, lucide, qui fait de lui un écrivain consommé autant qu'il est clinicien habile.

On éprouve donc une double satisfaction à le lire, car il apprend la chirurgie et il l'apprend d'une manière agréable, ce qui n'est certes pas donné à tous.

Ces leçons ne sont pas jetées au hasard des données de la clinique, elles sont classées avec la méthode que l'on retrouve dans l'exposé de chaque maladie, méthode dans l'ensemble et méthode dans le détail.

Tout d'abord, dans un premier chapitre, il s'agit de pathologie générale, *traitement des blessures par balle de revolver*, *traitement des abcès froids*, *suture des nerfs*, *une épidémie d'érysipèle*, *de l'eau chaude en chirurgie*. Les sujets traités sont, comme on le voit, assez différents pour permettre d'apprécier un homme, car tel, qui est bon thérapeute, se montrera inférieur quand il s'agira d'établir la pathogénie d'une affection ou d'en faire la physiologie pathologique. Dans les questions de traitement proprement dites (le traitement des blessures par balles de revolver, traitement des abcès froids), comme dans les questions de pathogénie (épidémie d'érysipèle) et de physiologie pathologique (suture des nerfs), dans aucune de ces questions, M. Reclus n'est inférieur à la tâche qu'il s'est proposée.

Dans le *traitement des blessures par balle de revolver*, M. Reclus préconise l'abstention systématique. L'intervention n'est de mise que quand il s'agit de combattre une des complications de la plaie, complication visible, blessure artérielle, veineuse, ouverture d'un viscère, etc. Mais alors, ce n'est pas la balle que l'on vise, c'est une des complications. Une plaie simple ne doit pas être touchée, une balle qui a produit une plaie simple ne doit pas être

leçon, une autre *sur la tuberculose buccale*, une fort intéressante sur les *cancroïdes et la leucoplasie des muqueuses buccale et vaginale*, les rapports qui unissent l'une à l'autre de ces affections, M. Réclus n'hésite pas à recommander l'extirpation des plaques leucoplasiques qui sont des cancroïdes en puissance. C'est, pensons-nous, d'une bonne pratique. Un exemple récent vient de nous le prouver.

Puis vient une leçon sur le *kyste séreux congénital* et uniloculaire, et dans la leçon suivante, M. Reclus ne craint pas d'aborder la question si épineuse du *diagnostic et du traitement du lymphadénome cervical*, où il préconise l'abstention en la motivant sur de nombreux insuccès recueillis dans les auteurs et conseille le traitement interne par l'arsenic.

Le chapitre V a *trait aux maladies du tube digestif*; on y voit étudiés : 1° *le traitement des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin*, 2° *l'expectation et la laparotomie dans la perforation traumatique de l'intestin*. Comme on le pense et comme cela est prévu d'après la première leçon, M. Reclus préconise surtout l'abstention qui lui a donné de si beaux résultats, sans toutefois repousser la laparotomie ; mais il ne la veut jamais préventive ; il n'est pas de ceux qui disent : faites toujours la laparatomie ; il prouve par des faits et non par des *raisonnements* qu'il a raison.

La troisième leçon est consacrée à des conseils tout à fait pratiques sur la conduite à tenir *dans les hernies étranglées*, conduite sur laquelle on ne saurait trop insister, ainsi que le prouvent trop souvent les accidents dus à l'incurie ou à l'ignorance de quelques praticiens.

La quatrième leçon traite du *ramollissement aigu d'une anse intestinale étranglée*, accident exceptionnel, il est vrai, mais sur lequel il est bon d'attirer l'attention pour qu'il ne surprenne personne.

Les leçons V et VI sont consacrées aux *cancers de l'iliaque et de l'extrémité supérieure du rectum* et *aux anus iliaques et anus lombaires*. Ici M. Reclus constate, après avoir mis en parallèle les deux anus, que son plaidoyer et celui de M. Verneuil en faveur de l'anus iliaque vient d'obtenir gain de cause et que les partisans de l'anus lombaire se sont rendus à l'évidence. C'est notre opinion.

Le traitement des *kystes hydatiques du foie*, qui termine le chapitre, est l'exposé de la pratique actuelle des chirurgiens, c'est-à-dire l'incision directe avec ou sans extirpation totale suivant les cas. Cet exposé est précédé de la critique de différents modes d'intervention employés autrefois et suivi de la description de deux opérations pratiquées par M. Reclus.

Le chapitre VI traite des affections de *la région ano-rectale, abcès et molluscum fibreux*.

Dans la leçon sur les abcès, nous trouvons, décrite pour la première fois en France, une variété : la variété sous-muqueuse, correspondant à la fistule sous-muqueuse de Gosselin, et qu'on peut quelquefois confondre avec l'abcès de la fosse ischio-rectale.

M. Reclus préconise pour tous ces abcès la large incision du côté de l'anus et dans toute leur hauteur. Il désapprouve les procédés qui, en particulier pour les abcès extra-sphinctériens ou de la fosse ischio-rectale, auraient pour but de ne point intéresser le sphincter et par conséquent de ne point ouvrir l'abcès dans toute sa hauteur; en d'autres termes, il préconise le procédé dit de Paget. Dans un mémoire que nous avons lu à la Société de chirurgie, nous avons critiqué cette manière de faire, déjà ancienne, dont le principal inconvénient est, outre la longueur de la cicatrisation, de donner lieu quelquefois à de l'incontinence des matières liquides et des gaz. Nous observons actuellement cette incontinence chez un homme jeune, chez lequel nous avons dû faire cette quasi-rectotomie, sur la ligne médiane en arrière, pour un abcès à marche foudroyante qui avait envahi les deux fosses ischio-rectales.

Nous espérons convaincre M. Reclus qu'il est des cas où on pourra sans danger ménager le sphincter anal et guérir néanmoins des abcès de la fosse ischio-rectale. Mais quand la nécessité nous en est imposée, nous ne la ménageons pas nous-même non plus.

Après cette leçon sur les abcès, M. Reclus nous expose ses idées sur une maladie qu'il a décrite le premier et à laquelle il a donné le nom de *molluscum fibreux de la région ano-rectale*, maladie qui a été décrite ensuite par M. Trélat et par M. Hamonic dans sa thèse sous le nom de *Rectile proliférante*.

Le chapitre VII traite des maladies de la mamelle. Nous y trouvons deux leçons consacrées à la *maladie kystique de la mamelle* et à un parallèle avec la maladie dénommée maladie noueuse par M. Tillaux et M. Phocas, son interne. On y trouvera la description complète de cette affection bizarre que l'on désigne sous le nom de *maladie de Reclus* avec juste raison ; il montre en même temps que la maladie noueuse et la maladie kystique ne sont qu'une seule et même affection. Aujourd'hui les idées de M. Reclus sur la maladie kystique sont généralement acceptées.

Dans une autre leçon, il montre la confusion que l'on peut faire entre les *mastites chroniques et le cancer*, et dans la leçon suivante, il trace les règles aujourd'hui classiques de l'*intervention dans les cancers du sein*.

Dans le chapitre VIII où sont traitées certaines maladies des organes génitaux, nous trouvons encore des idées neuves et déjà acceptées sur la *pathogénie de la vaginalite*, le *fongus tuberculeux du*

testicule. Le *traitement de l'hydrocèle* y est très judicieusement discuté. De même la pathogénie *des kystes spermatiques* est l'objet d'une critique très serrée.

Notons encore un chapitre sur la *spermatorrhée* et une sur *l'infection tuberculeuse par la voie génitale*, qu'il n'admet pas. Il pense au contraire que le bacille entre, soit par une éraillure du tégument externe, soit par les voies aériennes ou digestives, et va ensuite se déposer dans un point quelconque de l'organisme.

Un dernier chapitre comprend une leçon sur *un kyste hydatique du pli de l'aine* qui fournit à M. Reclus l'occasion d'exposer le diagnostic différentiel des tumeurs de l'aine, et d'appeler l'attention sur un signe important : la sensation de froissement de l'amidon ou de crépitation neigeuse que fournit quelquefois le kyste hydatique.

Ce même chapitre comprend encore une leçon sur le bubon chancrelleux où sont discutées les expériences de Strauss sur la virulence secondaire et d'emprunt du bubon ouvert, et une leçon sur les ongles incarnés où il fait connaître le procédé de M. Quenu.

Enfin la leçon se termine par une statistique générale des opérations pratiquées dans le service qui fait honneur au chirurgien.

Comme on le voit, par ce résumé beaucoup trop rapide, le livre de M. Reclus contient un grand nombre de sujets. Un certain nombre ont été créés de toutes pièces par M. Reclus, et il n'est pas étonnant qu'il y revienne pour les modifier, les faire accepter, et il y réussit ; beaucoup contiennent des idées originales ; tous sont traités avec concision, précision, élégance, clarté. Dans tous, M. Reclus sait faire preuve de la sagacité et de l'esprit critique et clinique que nous lui connaissons, raisonnant d'après les faits, et non d'après des impressions. Aussi son livre peut-il servir de modèle et de guide pour la conduite dans des cas analogues.

Ajoutons que, par la variété des sujets qu'il a traités, M. Reclus fait preuve des connaissances les plus étendues et fait acte de véritable chirurgien.

P. Bazy,
Chirurgien des hôpitaux.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie.* — Ce concours sera ouvert le lundi 6 août 1888, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire, au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 25 juin jusqu'au lundi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

— *Avis aux internes.* — Prix Civiale : Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de

1,000 francs fondé par feu le Dr Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'Administration avant le 15 octobre 1888 au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 2 au 28 avril* 1888. — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 9. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 48. — Phthisie pulmonaire, 200. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56.

Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 56. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 71.

Bronchite aiguë et chronique, 56. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 92.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 48.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 4.

Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 148. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 1002. — Résultat de la semaine précédente : 1115.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les stations d'eaux minérales du centre de la France. — La Caravane hydrologique de 1887, par le Dr DE PIETRA SANTA et A. JOLTRAIN. Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, et Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Sous ce titre, la Société française d'hygiène vient de publier un intéressant volume sur la Caravane hydrologique qu'elle avait organisée au mois de septembre dernier, pour permettre aux médecins de visiter les stations d'eaux minérales du centre de la France.

L'ouvrage se divise en trois chapitres : le premier comprend la partie scientifique et les considérations générales sur la valeur thérapeutique des eaux et la climatologie : le second contient le récit de l'excursion ; dans le troisième figurent les conférences faites dans chaque station par les médecins-inspecteurs et consultants.

C'est un livre écrit avec impartialité. Il sera consulté avec profit par tous les médecins, et lu avec intérêt par les malades et les touristes.

Ce n'est d'ailleurs que le commencement d'une série. La Société française d'hygiène doit, en effet, organiser cette année une caravane analogue, de façon à permettre aux médecins de visiter toutes les stations de la France. L'excursion, chaque année, sera faite dans les Vosges.

C'est la création d'un véritable cours d'hydrologie sur place, qui fait encore défaut dans nos Facultés de médecine.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770,6

IQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 54. MARDI 8 MAI 1888.

LA RANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ΣEAUX
.bonne chez
et E. LECROSNIER
Place
-de-Médecine
'ARIS

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

e qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
es remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 54 Mardi 8 Mai 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac,

Par M. Germain Sée,

Et ses chefs de clinique

MM. Albert Mathieu et Raymond Durand-Fardel.

I. Préambule. — Avant d'aborder les rapports de la chimie avec la fonction nervo-motrice de l'estomac, avant de préciser le sens de la dyspepsie hyperchlorhydrique et de l'atonie stomacale, il importe de bien établir dans l'histoire des dyspepsies en général une donnée fondamentale. L'observation et l'expérience m'ont appris, depuis de longues années (voir mon *Traité des dyspepsies*, 1880 et 1883), que, malgré leurs analogies fonctionnelles, malgré leurs suppléances réciproques, malgré leurs relations nervo-musculaires incontestables, l'estomac et l'intestin présentent en réalité des différences que nous, médecins, nous devons prendre en sérieuse considération. Il n'est pas indifférent d'avoir à traiter l'estomac qui est le premier récipient où les aliments albumineux sont brassés et transformés en peptones, ou bien d'avoir à soigner l'intestin qui, à l'aide des sucs intestinal, pancréatique et biliaire, achève toutes les digestions de tous les aliments et en absorbe les produits élaborés, ou bien, enfin, d'avoir à régulariser les fonctions du gros intestin ou côlon, dont le mécanisme est destiné à préparer, à élaguer et à éliminer les résidus devenus inutiles à l'organisme. Les états morbides de ces trois sections de l'appareil digestif se trouvent journellement confondus sous le nom de dyspepsies et traités comme une maladie de l'estomac. Les malades subissent pendant des années les traitements les plus divers, prenant les amers ou les pepsines, les toniques ou les alcalins et pratiquent des pèlerinages annuels vers les eaux minérales destinées à guérir les maux d'estomac, et tout cela avec une persévérance ingrate, inutile, souvent dangereuse.

C'est qu'en effet, la médecine, se trompant d'organe, oubliait l'in-

testin grêle qui fonctionne mal, surtout le gros intestin qui est frappé d'une atonie *persistante*. Le jour où, négligeant la maladie imaginaire de l'estomac on parvient à faciliter les opérations nervo-motrices de l'intestin, l'amélioration ne tarde pas à se dessiner, et la guérison est assurée. Ce sont surtout les plus simples atonies de la musculaire intestinale qui prennent l'apparence de la dyspepsie gastrique et en reproduisent toute la phénoménalité, à savoir : les douleurs digestives, l'arrêt des matières, la distension gazeuse du tube digestif.

Je tenais à signaler cet écueil du diagnostic et l'importance de cette atonie intestinale, cette parésie intestinale ; elle finit souvent, d'ailleurs, par gagner de proche en proche l'estomac lui-même, lequel est frappé à son tour de faiblesse musculaire ; les gaz du côlon paralysé, distendu, finissent par franchir de bas en haut l'ouverture pylorique frappée elle-même d'insuffisance contractile ; en un mot, il s'établit tôt ou tard une atonie stomacale *secondaire*.

Mais en général l'estomac est frappé d'une manière primordiale : l'*atonie stomacale*, que depuis longtemps je distingue catégoriquement (1), quoi qu'on en ait dit, de la dyspepsie chimique, et d'une manière sûre, par ses caractères chimiques, c'est-à-dire par le diagnostic interne que j'ai eu l'honneur d'exposer à l'Académie il y a trois mois.

Mais distinguer ne veut pas dire opposer ; loin de là, les actes chimiques et les actes nervo-moteurs ne sont nullement antagonistes ; ils sont même souvent associés, connexes, et c'est ce type *curieux* qui fait l'objet de cette étude.

Qu'est-ce que l'*atonie* stomacale qui a fini depuis peu de temps par prendre une place considérable dans la science (2). C'est le relâchement des parois musculaires, l'insuffisance contractile des muscles gastriques qui ne parviennent plus à déverser le contenu stomacal dans l'intestin, à exécuter, en un mot, les contractions péristaltiques, ce qui entraîne le stationnement prolongé de la masse alimentaire dans la cavité gastrique ; de là, des digestions lentes par atonie stomacale. — Supposons maintenant l'un des trois phénomènes suivants venant à se manifester dans le cours de la digestion, à savoir :

1° Des éructations, c'est-à-dire des expulsions de gaz ordinaire-

(1) G. Sée et Mathieu. De la dilatation atonique de l'estomac, *Revue de médecine*, 1884.

(2) Voir le *Traité de l'atonie de l'estomac*, par le baron de Pungen, Vienne, 1887. L'auteur résume tous mes travaux ainsi que tous les mémoires allemands relatifs à ce sujet.

ment composés de l'air avalé et quelquefois de l'acide carbonique de fermentation; 2° des régurgitations d'acides gras volatiles de décomposition donnant lieu au pyrosis, au fer chaud, par suite d'une excitation réflexe de l'œsophage par le contenu stomacal, chargé d'acides butyrique, acétique; 3° des *vomissements* qui entraînent au dehors les aliments indigérés, des produits de la décomposition alimentaire, des acides gras, du mucus vitreux qui se forme a la suite de la fermentation des aliments féculents ou des boissons alcooliques; on se trouvera, dans tous ces cas, en présence d'un *spasme* plus ou moins généralisé, qui vient se surajouter à l'atonie ou en interrompre le cours grave ou monotone; ce sera une *atonie spasmodique*, et si le spasme vient à porter sur les muscles du pylore, et sur ceux qui forment l'antre pylorique, on aura le *spasme* pylorique qui est si fréquent et si rebelle. Puis, lorsque l'*atonie*, avec ou sans spasme pylorique, se trouve entretenue par des repas excessifs, par un régime anti-hygiénique, il en résultera d'abord une distension gazeuse, une flatulence exagérée, que mon élève Malibran a bien étudiée, et finalement la *dilatation vraie*, persistante, souvent sans gravité, et d'autre fois d'une complète incurabilité; la dilatation que Bouchard a parfaitement décrite, avec toutes ses conséquences, ses suites directes, ses effets éloignés, sans chercher d'ailleurs les causes ni le mécanisme de ces dilatations; c'est là la tâche d'aujourd'hui, qui sera complète lorsque nous aurons étudié le parallèle du mécanisme et de la chimie gastrique, c'est-à-dire lorsque nous aurons fait connaître ce type nouveau, étrange de l'atonie simple ou ectasique, combinée avec une singulière altération du suc gastrique, avec l'hyperchlorhydrie. Voyons d'abord la manière de constater cette acidité exagérée, puis les observations cliniques.

II. Technique. — Voici la technique que nous employons et qui, après de longues études comparatives sur les divers procédés et les divers réactifs chimiques préconisés tour à tour, nous paraît la plus sûre, la plus simple. Il s'agit de quatre détails opératifs :

1° *Le repas d'épreuve.* — Au début, nous réduisions le repas au minimum, en le composant d'œufs durcis, ou de 100 grammes de viande avec 30 grammes de pain; mais l'épreuve actuelle est plus en rapport avec les conditions normales. Je prescris un repas ordinaire, et l'examen des malades n'est pratiqué que plusieurs heures après l'ingestion des aliments.

2° *L'examen chimique.* — Le liquide gastrique, extrait soit par le pompage, soit par expression gastrique, est soumis, en partie, aux réactifs, et sert, en partie, aux digestions artificielles. Il est évident

que, pour compléter la recherche des acides dans le suc gastrique, il importe de connaître sa valeur digestive.

Pour la recherche des acides, après avoir passé en revue tous les réactifs, à savoir le méthyl violet, la tropéoline, le papier de Congo, nous nous sommes arrêtés définitivement à la phlorogluoine vanilline, qui est le réactif le plus sensible et le plus exact de l'acide chlorhydrique, ainsi que nous l'avons démontré à l'Académie le 17 janvier. Il importe seulement, au préalable, de bien s'assurer de l'acidité du suc gastrique (Villejean) et d'opérer au bain-marie à l'aide du nouveau réactif. Etant donnée la présence de l'acide chlorhydrique, on peut arriver à l'évaluation quantitative par un autre réactif qui a été indiqué par Lépine (de Lyon) : c'est le *vert brillant* qui dérive aussi de l'aniline. Pour arriver au dosage approximatif, on se sert du *vert brillant* en solution étendue dans l'*eau distillée* ; c'est alors un liquide d'un bleu légèrement verdâtre.

Avec l'acide chlorhydrique, en solution à 1 p. 1000, il devient vert; à 1,5 ou 2 p. 1000, il forme une teinte jaunâtre; à 4 p. 1000, une teinte feuille morte très nette; on obtient ainsi, par cette échelle colorimétrique, c'est-à-dire par ces modifications de nuances, un dosage rapide, suffisant pour les besoins de la clinique ; il importe seulement de savoir que ce liquide colorimétrique s'affaiblit rapidement, et qu'à chaque opération on doit comparer la teinte obtenue par le mélange de suc gastrique et de solution verte par parties égales, avec un mélange (in vitro) d'acide chlorhydrique dilué et d'une quantité égale de vert brillant; une solution d'acide chlorhydrique à 1,250, qu'on étend au degré voulu, doit servir de point de départ; elle sera mise en regard du suc gastrique filtré ; si la nuance est identique des deux parts, on a le taux d'acidité du suc gastrique.

La présence d'*acides organiques* ne modifie pas sensiblement les résultats. Les doses naturelles d'*acide lactique* ne font pas varier le vert brillant au delà du vert; quand la teinte jaune apparaît, on peut être certain qu'il y a de l'acide chlorhydrique, à la condition d'opérer avec le même vert brillant et d'essayer auparavant son degré de sensibilité. Cette méthode de dosage colorimétrique ne laisse guère prise à l'erreur, puisqu'on compare chaque fois le suc gastrique avec une solution titrée d'acide chlorhydrique.

L'*acide lactique* doit toujours être recherché à l'aide du réactif d'Uffelmann, que l'on prépare en ajoutant quelques gouttes de perchlorure de fer à une solution d'acide phénique à 1 ou 2 p. 100. On obtient ainsi un liquide d'un violet pâle qui prend une coloration jaune bien nette en présence de l'acide lactique, tandis qu'avec l'acide chlorhydrique le réactif se décolore, ou bien sa coloration s'affaiblit en raison de la dilution.

Ainsi, nous avons *trois réactifs colorants*, l'un pour la constatation absolue de l'acide chlorhydrique, c'est la *phloroglucine vanilline*; l'autre pour l'appréciation quantitative de cet acide, c'est le *vert brillant*; et le troisième, c'est le *perchlorure de fer phéniqué* qui révèle seulement l'acide lactique. Aucun des autres réactifs connus ne nous a donné la même certitude.

3° *Recherche des peptones.* — Nous ne nous sommes pas contentés de la recherche des acides de l'estomac; nous avons cherché aussi à déterminer la quantité de peptone obtenue, et, d'autre part, le pouvoir digestif de chaque suc gastrique.

Des albuminates dissous, la peptone est la plus importante; nous l'avons recherchée par la réaction classique du biuret (on alcalinisera par quelques gouttes de soude ou de potasse dissoute et on ajoutera quelques gouttes d'une solution d'un sel de cuivre; il se produit une coloration lilas, violette ou rosée, suivant la quantité de peptone contenue dans le liquide examiné). L'adjonction de la solution alcaline donne un précipité opalescent quand il y a de la *syntonine*. En ajoutant de l'acide acétique, puis une petite quantité d'une solution de ferrocyanure de potassium, on précipite un autre produit, c'est la *propeptone*. On sait que ces divers produits, dont le premier est le résultat exclusif de l'action de l'acide chlorhydrique, sont les intermédiaires et les préludes des peptones qui se fixent temporairement dans les éléments cellulaires épithéliaux et lymphoïdes de l'estomac, surtout de l'intestin (Hofmeister), qui les cèdent à l'état d'albuminate au sang, où on ne trouve que des traces de peptones dans les globules blancs.

Enfin, l'adjonction de l'acide acétique permet de constater s'il existe ou non du mucus dissous.

4° *Digestion artificielle.* — Pour compléter l'estimation de la composition du suc gastrique et sa valeur digestive, nous avons fait des digestions artificielles dans l'étuve sèche au bain marie maintenue à 40 degrés environ. Comme substance à peptoniser, nous avons employé le blanc d'œuf cuit et durci. A l'aide du couteau à double lame de Valentin, nous faisons des petits cubes égaux d'albuminate ayant tous de 6 à 7 millimètres d'arête; toutes ces digestions ont été faites avec le suc gastrique pur ou légèrement dilué, tantôt étendu en quantités égales d'une solution d'acide chlorhydrique, le plus souvent à 4 p. 1000.

Voilà les quatre genres de recherches auxquelles le suc gastrique a été soumis régulièrement; nous avons aussi pratiqué souvent l'examen histologique du résidu laissé sur le papier par le filtrage du suc gastrique.

Voici maintenant les observations les plus précises et les plus im-

portantes; elles sont au nombre de quatre; nous en avons d'autres que nous résumerons.

III. Observations. — Une observation se rapporte à un homme de 46 ans, syphilitique et alcoolique, qui éprouve, trois heures environ après le repas, des douleurs très vives au creux épigastrique, surtout pendant la nuit, et terminées souvent par la diarrhée. Pendant ces crises, le ventre se ballonne, et, pour se soulager, le malade se fait souvent vomir.

Nous trouvons, quatre à cinq heures après un repas ordinaire, 4 p. 1000 d'acide chlorhydrique, et cependant les peptones peuvent à ce moment faire défaut; ce qui est plus singulier, c'est qu'avec une hyperchlorhydrie aussi marquée, le pouvoir peptogène du suc gastrique peut-être absolument nul; la sécrétion de la pepsine semble, dans ce cas au moins, ne pas correspondre exactement à la sécrétion chlorhydrique.

Le matin, même à jeun, on trouve encore parfois plus de 1 p. 1000 d'acide chlorhydrique. Cependant, lorsqu'on pratique le lavage le soir et l'examen chimique le lendemain matin à jeun, on ne trouve plus d'acide chlorhydrique, bien que l'estomac contienne encore une quantité notable de liquide dans lequel l'acide acétique dévoile la présence d'une certaine quantité de *mucus*; or, jamais en dehors de ce produit, jamais l'acide acétique ne forme de précipité. Il se fait donc la nuit une accumulation d'acide chlorhydrique après le repas; si le lavage n'intervient pas le soir, on retrouve encore, le lendemain matin, une proportion notable d'acide minéral.

Il y avait donc peut-être *accumulation* d'acide chlorhydrique, plutôt qu'une hypersécrétion chlorhydrique.

Voici maintenant un *deuxième exemple* où l'hyperchlorhydrie est manifestement sécrétoire. Il s'agit d'un peintre en bâtiment, atteint plusieurs fois de colique saturnine; la dernière fois, en 1876, et depuis plusieurs années déjà, d'accidents dyspeptiques consistant en un ballonnement marqué du ventre avec douleurs épigastriques intenses survenant trois heures environ après le repas, renvois acides, brûlants, les crises se terminant par des vomissements abondants. Des douleurs sont particulièrement pénibles la nuit, à partir de onze heures environ et rendent le sommeil impossible. Le plus souvent, le suc gastrique est très riche en acide chlorhydrique; on en trouve en général près de 4 p. 1000, trois à quatre heures après le repas. Une seule fois l'acide a manqué, par suite d'un embarras gastrique; une autre fois, on n'a trouvé que 1 p. 1000. le malade avait bu du lait une heure avant l'examen. Chez ce malade, le suc gastrique est évidemment riche en pepsine, car à l'étuve il digère

rapidement les fragments cubiques de blanc d'œuf. Des lavages répétés et le bicarbonate de soude à 8 ou 10 grammes par jour ont procuré au malade un véritable soulagement.

Un *troisième fait* est relatif à un jeune homme de 19 ans qui présente tous les phénomènes de l'atonie spasmodique de l'estomac avec douleurs et flatulence, conservant les mêmes symptômes après une fièvre typhoïde. Les douleurs surviennent surtout plusieurs heures après les repas et pendant la nuit.

On trouve 4 p. 1000 d'acide chlorhydrique à plusieurs reprises. Le régime lacté et les œufs durs soulagent le malade. Le lait agit évidemment à la *façon des alcalins* et sature l'acide chlorhydrique plus ou moins complètement.

Le *quatrième fait* est plus complexe. A la suite d'excès de travail intellectuel et d'abus de café, un journaliste, âgé de 38 ans, est pris de vomissements presqu'incessants ; il ne tolère que l'eau et le bouillon. Douleurs vives à l'estomac, augmentant considérablement par la pression sous-sternale près de l'appendice xyphoïde. Les matières vomies très acides contiennent 2 p. 1000 d'acide chlorhydrique, et sont douées d'un pouvoir digestif parfait. Cette crise, qui s'était déjà manifestée les années précédentes, dure maintenant depuis plusieurs semaines et n'a pas été soulagée par les traitements classiques. Il est bien singulier de constater l'hyperchlorhydrie dans cet estomac en complète inanition. Leyden a décrit des cas analogues, dans lesquels on peut, ou doit admettre une contraction spasmodique du pylore.

Extrait de neuf autres observations. — Depuis trois mois, nous avons examiné, à l'Hôtel-Dieu et en ville, neuf autres malades atteints d'atonie spasmodique stomacale ou gastro-intestinale ; chez huit d'entre eux, nous avons trouvé une quantité normale d'acide chlorhydrique à la période de digestion, c'est-à-dire de 1,15 à 2 p. 1000, ce dernier chiffre pouvant être considéré comme une hyperchlorhydrie commençante. Chez un seul, l'acide chlorhydrique faisait défaut, et cela à plusieurs reprises, de sorte qu'on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas là d'une *grave* dilatation de l'estomac.

Chez presque tous ces malades le pouvoir digestif était incomplet, et, pour obtenir une digestion véritable, il fallait toujours ajouter une certaine proportion d'acide chlorhydrique, afin d'activer le fonctionnement de la pepsine, qui ne faisait pas défaut.

Résumé général. — Tous ces faits démontrent que, dans l'atonie ectasique de l'estomac, il est presque constant de trouver un suc chlorhydrique plutôt exagéré que normal ; il ne s'agit donc pas là d'une atonie simple.


ELIXIR
TONIQUE RECONSTITUANT
Précieux pour les personnes qui ne peuvent vaincre la répugnance que leur inspirent les aliments
ALIMENTAIRE
DUCRO
Les matières premières qui concourent à la préparation de cet ELIXIR sont: la viande, l'alcool et les écorces d'oranges amères. Il est d'une excellente conservation et d'un goût très agréable.
Paris, 20, pl. des Vosges, et toutes Phies

tômes du début d'une fièvre typhoïde, avec accidents cérébraux très marqués. M. Carpentes a fait l'observation qu'il est très dangereux de soigner les cas de cette nature par les stimulants, en conséquence il défendit les alcooliques et prescrivit du bromure de potassium et du lait. La maladie suivit son cours et le termina au vingtième jour. Mais l'abaissement de la température effraya l'entourage du malade qui crut bien faire de lui administrer, au lieu, d'eau rougie prescrite du champagne et de l'eau-de-vie. Le malade, après une période d'excitation, entra dans un coma qui cessa avec la cause. On doit donc, dit M. Carpentes, lorsqu'on arrive auprès d'un malade, se préoccuper toujours du traitement antérieur suivi en l'absence de tout médecin, car les troubles dus à l'absorption abusive de certains médicaments peuvent marquer les symptômes de la maladie première et exposer à une erreur. Ceci peut être dit surtout en ce qui touche les narcotiques et les stimulants alcooliques.

L. Jumon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 11 avril 1888. — Présidence de M. Fèvre.

A l'occasion du procès-verbal, *M. Kinzelbach* fait observer que plusieurs confrères reprochent à la Société de ne pas prendre suffisamment la défense de ses membres et citent à ce propos la proposition que M. Cattiaux a faite au Conseil municipal et qui est restée sans réponse de notre part.

M. *Fèvre* répond que la Société s'est occupée de cette proposition. M. le Dr Dubois, conseiller municipal, avait adressé une lettre demandant un vote de protestation, mais la Société avait jugé de sa dignité de laisser cette agression sans réponse.

M. Commenge ajoute que la Société n'est pas aussi indifférente qu'on veut bien le dire. C'est grâce à l'autorité que lui donnait le titre de président de la Société qu'il a pu obtenir l'augmentation du traitement des médecins des bureaux de bienfaisance.

M. *Tisné* rappelle que l'administration a, dans une faible limite, tenu compte des vœux émis antérieurement par la Société : elle a autorisé les médecins nommés au concours à choisir des arrondissements pour lesquels ils n'étaient pas inscrits. D'une conversation que M. Plateau et lui ont eue avec Peyron, il résulte que l'administration serait disposée à donner à la Société une satisfaction plus large en demandant, sur sa proposition, que les médecins nommés et non institués puissent seuls faire les remplacements dans les arrondisse-

ments choisis par eux, avec faculté d'être institués sans nouveau concours. Il dépose un projet de vœu conçu dans cet ordre d'idées.

M. *Commenge* est étonné de cette bonne disposition de M. Peyron. A la sous-commission chargée de préparer le projet de règlement du concours, avec M. Gibert, M. Commenge avait demandé qu'on nommât des suppléants. Cette proposition avait été repoussée sous prétexte que le concours devait être effectif. Ce n'est même qu'après une longue discussion qu'il fut décidé que le jury ne comprendrait pas de médecins des hôpitaux, mais seulement des médecins des bureaux de bienfaisance. Il fait remarquer que les candidats connaissaient les conditions du concours puisqu'ils se sont engagés par écrit.

M. *Plateau* confirme ce qu'a dit M. Tisné au sujet de l'entrevue avec M. Peyron. Il ajoute que le règlement n'a pas été suivi à la lettre, ce qui justifie la demande de M. Tisné qui est une adjonction au règlement et non une modification de ce dernier. A M. Commenge il répond qu'en effet en s'inscrivant les candidats savaient ce qu'ils faisaient, mais qu'ils n'avaient accepté les articles des règlements qu'ils regardaient comme inacceptables que pour pouvoir protester contre leur application.

M. Guillé insiste sur ce point que l'on avait demandé au jury de dresser une liste des 35 candidats plus capables et que cette liste n'a servi à rien, un grand nombre de ces candidats n'ayant pas été institués. Il y a là une injustice à obliger à reconcourir des médecins classés avant d'autres qui sont institués et par suite reconnus capables de faire le service. L'administration aurait dû demander au jury de faire un classement par arrondissement.

M. *Commenge* fait remarquer que, dans l'esprit de la commission, c'était bien un concours par arrondissement qui devait avoir lieu. La latitude donnée aux médecins d'indiquer plusieurs arrondissements par ordre de préférence avait pour but d'élargir pour eux les chances du concours.

M. *Fèvre*, membre du jury du concours, dit qu'on a demandé aux jury de dresser une liste générale des 35 candidats ayant obtenu le plus de points. Cette mesure a entraîné pour certains arrondissements une surcharge de candidats nommés mais non institués et qui devront subir un nouveau concours, alors que cependant d'autres ayant obtenu un nombre de points inférieur sont institués. De plus il arrive que tous les candidats inscrits pour un arrondissement, bien que capables d'exercer dignement les fonctions de médecin du bureau de bienfaisance, n'ont point obtenu le nombre de points nécessaire pour être dans les 35 premiers et n'ont pu être nommés. Ce fait aurait été évité si le jury avait eu à produire des listes par arrondissement. Il ajoute qu'il votera la proposition de M. Tisné, qui tout

en réparant ce que les nominations ont eu de défectueux, ne peut pas faire de mécontents.

A une objection de M. Commenge, *M. Tisné* répond que l'administration ayant proposé d'elle-même et fait accepter par l'autorité compétente la modification qu'il a signalée plus haut, il pense rationnel d'en demander une autre qui est en conformité avec les vœux émis par la Société et transmis au Conseil municipal et à l'administration de l'Assistance publique :

M. le Président met alors aux voix la proposition de M. Tisné.

« La Société des médecins des bureaux de bienfaisance émet le vœu

« 1° Que l'administration de l'Assistance publique désigne, dans l'ordre du classement dressé par le jury, pour faire des remplacements dans l'arrondissement qu'ils ont choisi en première ligne, les médecins classés dans les 35 premiers à la suite du dernier concours et qui n'auraient pu être institués alors que leur rang de classement était supérieur à celui d'autres médecins qui ont été institués. » Adopté à l'unanimité.

« 2° Que les médecins désignés pour ces remplacements soient, au fur et à mesure des vacances et dans l'ordre de classement, institués sans nouveau concours médecins titulaires du bureau de bienfaisance dans ce même arrondissement. » Adopté à l'unanimité moins deux voix.

« 3° Que le nombre des médecins désignés pour faire ces remplacements ne puisse être supérieur au quart des places de titulaire. »

Après quelques observations de MM. Mérigot de Treigny et Commenge, M. *Tisné* déclare que cet article avait pour but de répondre à un désir temoigné par M. Peyron, mais que, personnellement il accepte très volontiers la suppression.

M. *Fèvre* espère qu'avant le prochain concours une commission sera chargée d'examiner la modification à apporter au règlement, et que c'est à ce moment qu'il sera utile d'examiner cette question.

Sur la proposition de M. Tisné et après quelques observations de M. Fèvre et de M. Plateau la Société décide qu'elle recevra comme membres titulaires les 35 médecins nommés au concours, qu'ils aient été institués ou non.

La Société décide ensuite de reprendre la publication des comptes rendus des séances. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Fèvre, Commenge, Guiller et Chevallereau ; un crédit est voté pour prendre un certain nombre d'abonnements à la *France médicale*. Ce journal publiera les comptes rendus des séances et les travaux qui y seront lus par les membres de la Société.

Le Secrétaire,
Dr CH. TISNÉ.

NÉCROLOGIE

Le Dr RODET, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment étranger, à Oran.

Le Dr Jacques de BRAZZA, frère du gouverneur du Congo, mort à Rome des suites d'une fièvre typhoïde.

Nous apprenons la mort de deux oculistes très distingués et très occupés de New-York, le Dr AGNEW et le Dr LORING.

Le Dr BOURGADE DE LA DARDYE (de Clermont-Ferrand et de Royat).

M. LAMBERT (Charles), pharmacien à Paris, décédé le 2 mai, à l'âge de 82 ans.

M. TIMBAL-LAGRAVE, pharmacien à Toulouse, décédé le 16 mars, à l'âge de 70 ans.

Le Dr BERNARD (Antoine-Désiré), ancien interne des hôpitaux de Paris (1879), chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Marseille, décédé le 2 mars.

NOUVELLES

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. Brouardel (de Paris) et Caulard (de Lille), ont été élus, par les Facultés de médecine, membres de ce conseil.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Le Dr Cortès, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé officier d'Académie.

La SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE se réunira le mercredi 9 mai, à 8 heures du soir, à l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour. — Rapport sur les candidatures des Drs Renault et Alexandre, par MM. Boehler et Tissé. — De la réglementation de la prostitution à l'Académie de médecine de Belgique, analyse par M. Tissé ; polyclinique du mois d'avril.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 10 mai, à 8 heures 1/2 du soir, salle Pratt, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour. — 1° M. COMBY : Embarras gastrique hyperthermique ; traitement par le naphtol.

2° Communications diverses.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur,
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

[...]NTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 55. JEUDI 10 MAI 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[...]LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
[de] l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
[Pro]fesseur de clinique chirurgicale, [Mem]bre de l'Académie de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO
Professeur de pathologie médicale. Médecin des hôpitaux.

P. BERGER
[Profe]sseur agrégé à la Faculté, [C]hirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

[Adr]esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
[Les] ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 55 Jeudi 10 Mai 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 9 *mai* 1888.

M. Charles Périer a présenté à l'Académie deux malades qui sont de beaux exemples de succès opératoires. Le premier est un jeune homme de dix-sept ans dont les genoux, très volumineux, étaient remplis de nombreuses productions polypiformes de nature tuberculeuse et qui, à la suite d'une double arthrectomie avec excision des polypes et raclage énergique, a pu récupérer l'intégrité de ses mouvements.

Le second est un cocher de nuit qui, dans une rixe, eut le cou transpercé d'une épée qui alla se piquer dans la colonne vertébrale, où elle se brisa. Il resta dans le cou un morceau de 5 à 6 centimètres. L'épée avait perforé l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, mais elle bouchait elle-même les plaies qu'elle avait faites et il n'y avait aucune hémorrhagie. Lorsque M. Périer dut retirer le corps étranger, le surlendemain de la blessure, l'hémorrhagie se produisit très intense, mais, avec l'aide de MM. Berger et Peyrot, il put faire rapidement des ligatures. Le malade se levait le sixième jour et, un mois après, il reprenait son métier de cocher de nuit.

M. Dujardin-Beaumetz a fait une communication sur quelques nouveaux médicaments antithermiques découverts en France et expérimentés actuellement, puis il est revenu sur l'antipyrine dont il regrette que l'on n'ait pas conservé le nom, puisque, le brevet pris pour le médicament n'ayant aucune valeur en France, rien ne s'oppose à ce qu'on le fabrique et le vende sous ce nom. Du moins, dit M. Dujardin-Beaumetz, au lieu de lui donner un troisième nom, analgésine, qui peut apporter une certaine confusion, aurait-on pu revenir au nom chimique. Il est vrai que le mot diméthyloxyquinizine n'est plus exact et qu'il faudrait dire aujourd'hui phénildiméthylpyrazolon !

M. Gauthier et M. Dujardin-Beaumetz ont demandé que dorénavant les noms des médicaments nouveaux soient déterminés par une commission de l'Académie de médecine, les chimistesprenant l'habi-

tude de donner aux corps qu'ils découvrent des noms impossibles à prononcer.

M. Debout d'Estrées a présenté des morceaux de calculs fogmentés spontanément dans la vessie à Contrexéville ; M. Grandclément (de Lyon) a proposé l'emploi de l'antipyrine en injection sous-cutanée à la tempe dans les maladies oculaires ; M. Laborde a présenté un nouveau médicament ou du moins une forme plus pure de la narcéine; M. Payraud (de Libourne) a parlé de ses recherches du poison rabique, enfin M. J.-B. Reynier a exposé son traitement de la scoliose par le hancher gauche et la station assise droite.

MM. Mordret (du Mans) et Pierret (de Lyon) ont été nommés correspondants nationaux de l'Académie. A. Ch.

Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac,

Par M. Germain Sée,
Et ses chefs de clinique
MM. Albert Mathieu et Raymond Durand-Fardel.

(*Suite*) (1).

IV. Pathogénie du type hyperchlorhydro-atonique. — La découverte de l'hyperchlorhydrie date de 1882; un médecin polonais, Reichman, publia à cette époque le premier cas de dyspepsie caractérisée non plus par l'absence *classique* d'acide chlorhydrique, mais, au contraire, par un excès très prononcé de cet acide. De 1884 à 1886, deux autres médecins polonais (Jaworsky et Gluzinski), assistants de la clinique de Cracovie, et Riégel, professeur de clinique à Giessen, observèrent une série de faits incontestables qui démontrèrent qu'il ne s'agit pas là de raretés pathologiques, mais que l'hyperchlorhydrie constitue la majorité des dyspepsies avec atonie stomacale. D'après une statistique de 222 cas de diagnostic chimique ou interne, 126 souffraient de l'hypersécrétion acide. Boas, en juin 1887, arriva, d'après de nombreuses observations, au chiffre de 60 p. 100 d'hyperchlorhydriques. Je vérifiai l'exactitude de ces faits en mettant en relief le mécanisme combiné avec la chimie de l'estomac, et cette corrélation si singulière se trouve longuement développée dans un travail récent remarquable de M. de Pungen sur les atonies de l'estomac, travail qui confirme toutes mes recherches sur la dilatation atonique et sur l'altération chimique de l'estomac. La plupart des observateurs ont trouvé aussi une énorme proportion d'hyperchlorhydriques parmi les malades frappés d'ulcères simples; nous n'en parlerons pas maintenant, pour ne pas compliquer la question. Notre attention se portera d'abord sur la phénoménalité de

(1) Voir *France médicale* n° 54.

l'atonie simple ou spasmodique. Nous verrons ensuite quelles sont les influences de l'acidité sur ces phénomènes moteurs diminués ou augmentés.

(A) Phénomènes de l'atonie. Ectasie gastrique et colique. — Chez presque tous les malades de ce genre, on constate la pesanteur après les repas, le ballonnement du ventre, l'ectasie gastrique ; bientôt, l'estomac, fortement distendu par les gaz, remonte vers le thorax (Malibran), ou se laisse entraîner par en bas par son contenu. On perçoit alors le bruit de clapotage et le bruit de flot à l'aide de la percussion. Il y a donc sûrement stagnation des liquides dans la cavité stomacale, ce dont on peut s'assurer d'ailleurs facilement lorsque les malades vomissent, ce qui est rare, ou lorsqu'on pratique le lavage éliminateur de l'estomac.

Cette atonie, en général, n'est pas limitée à l'estomac ; l'intestin y participe généralement, et l'atonie de l'intestin, comme je l'ai démontré il y a sept ans, se traduit par une constipation habituelle, la flatulence intestinale et surtout les coliques, c'est-à-dire les douleurs intestinales. Depuis deux ans, surtout en Amérique et en Allemagne, de nombreuses observations ont été publiées sur la dilatation de l'intestin, telle que je l'avais décrite, surtout sur la dilatation du côlon, dont il est difficile de distinguer la sonorité et le bruit de flot d'avec le son tympanique ou le bruit aéro-liquide de l'estomac. Il n'y a que le siège précis du côlon distendu et l'extension du clapotement à la masse intestinale tout entière qui permettent de fixer le diagnostic.

Douleurs. — Les phénomènes douloureux, qui ne sont pas rares, consistent en sensations de tiraillement ou de déchirement à l'épigastre, avec irradiations vers l'abdomen ou la base du thorax. Il n'y a rien là de spécial à l'atonie hyperchlorhydrique ; les symptômes douloureux et flatulents se retrouvent dans toutes les atonies ; mais ce qui est particulier au type nouveau, c'est que la douleur se montre seulement à une époque déterminée, c'est-à-dire trois à six heures après le repas. Elle diminue par l'ingestion des aliments et des liquides, et la plupart des malades, pris vers quatre heures après le repas de midi, imposent silence à la sensation douloureuse accompagnée de fausse faim en prenant quelques fragments d'aliments les plus insignifiants. Ce qui est plus grave, c'est qu'elle se montre souvent la nuit, au point de troubler complètement le sommeil. Ces douleurs nocturnes se rencontrent avec une grande netteté chez nos trois malades ; deux d'entre eux y remédient en se faisant vomir ou en pratiquant le sondage, en provoquant, par conséquent, l'expulsion du liquide gastrique, c'est-à-dire d'un liquide hyper-acido-chlorhydrique qui est certainement la cause principale

des douleurs, ainsi que des renvois acides, des sensations de brûlure au pharynx, des sensations tardives et pénibles de faim, et souvent d'une soif vive presque insatiable. C'est cette phase douloureuse qui fait penser souvent à la possibilité d'un ulcère rond, qui, en effet, fait partie de la série morbide des hyperchlorhydries.

Complétons l'histoire de sensations subjectives :

L'appétit, quelquefois augmenté, est presque toujours en voie de diminution. On a signalé, chez ces chlorhydro-atoniques, une appétence pour les albuminates, qui, du reste, se digèrent à merveille par ce suc riche en acide et souvent pauvre en pepsine.

AMAIGRISSEMENT. — A la suite de ces souffrances et de la diminution de l'appétit, il n'est pas rare de voir les malades subir un grand degré d'amaigrissement, allant jusqu'à la cachexie, de manière à faire craindre le cancer; or, dans le cancer, on sait précisément que l'acide chlorhydrique fait défaut, ou se trouve masqué par des combinaisons avec les peptones ou les albuminates.

PHÉNOMÈNES OBJECTIFS. — Tous les phénomènes subjectifs sont, comme on vient de le voir, souvent bien vagues dans leurs apparitions, et ne permettent jamais un diagnostic précis. Il en est de même des phénomènes objectifs. Lorsque vous avez constaté physiquement une dilatation de l'estomac ou du côlon, vous ne savez pas s'il s'agit d'une dilatation atonique ou mécanique par rétrécissement du pylore, vous ne savez pas si la dilatation est d'ordre nervomoteur ou d'origine chimique, comme celle que nous étudions en ce moment.

L'examen chimique est seul capable de nous éclairer à ce sujet. Il peut être pénible pour le malade de se soumettre une ou deux fois à cette exploration qui n'est rien en présence des opérations de lavage si utiles souvent, si vulgarisées dans tous les cas. Sans ces notions préalables de la chimie digestive, les diagnostics sont désormais compromis ou hasardés.

Étudions, d'après cela, la fonction chimique de l'appareil digestif.

(B) HYPERCHLORHYDRIE, HYPERSÉCRÉTION GASTRIQUE. — Lorsqu'on examine le liquide stomacal cinq à six heures après le repas, d'après le procédé de mes chefs de clinique, on trouve la richesse en acide chlorhydrique variant de 2 à 4 et même 6 p. 1000, l'acidité normale étant, d'après Ch. Richet, de 1, 5 p. 1000. On constate peu ou pas d'acide lactique, ce qui indique que les fermentations secondaires sont très restreintes; elles ne peuvent se faire, étant données les propriétés antiseptiques de l'acide chlorhydrique. On voit déjà, d'après ces données, combien la dyspepsie chlorhydrique diffère de l'ancienne dyspepsie acide, qu'on avait l'habitude d'attribuer à des

acides de fermentation anormale, à savoir aux acides lactique, butyrique, acétique.

Les peptones se rencontrent toutes formées dans ce liquide (une seule exception). En général, elles sont proportionnelles au degré d'acidité chlorhydrique, lequel mesure presque toujours le pouvoir peptonisant. Il est toutefois à noter que souvent les peptones donnent une réaction faible par le biuret, et ne sont qu'en petite quantité ; car, comme les albuminates ingérés ont disparu, on est porté à croire que les peptones disparaissent elles-mêmes au fur et à mesure de leur formation, soit par absorption, soit par évacuation par le pylore.

Les albuminates, ai-je dit, sont facilement peptonisés, mais les féculents, au contraire, sont simplement gonflés ; il est même probable qu'on a pris souvent ces grumeaux d'amidon pour des flocons de mucus. Il est en effet très rare de rencontrer les masses de mucus, que signalaient si souvent les anciens auteurs, comme preuves du catarrhe muqueux, lequel, après avoir été exalté et généralisé, tend aujourd'hui à perdre de son importance. Outre ces grains d'amidon, on rencontre des fragments de cellulose, colorés ou non par la chlorophylle, une sorte de magma mucoïde constitué par le pain gonflé, enfin les fibres musculaires sont rarement intactes dans ce suc hyperacide.

Ainsi, la digestion des matières protéiques ne laisse rien à désirer ; la digestion amylacée, au contraire, est entravée, car, après une heure, le liquide filtré est à peine saccharifié ; une solution d'iode ne décèle encore que l'érythrodextrine, tandis qu'à l'état normal la transformation devrait déjà en être à la formation de l'achroodextrine, ou même de la maltose.

(C) Explication des rapports de l'atonie et de l'hyperchlorhydrie. — On peut invoquer comme étant le fait principal ou primordial l'hyperchlorhydrie, dans d'autres cas une hypersécrétion totale acide, enfin peut-être le catarrhe gastrique. Une simple accumulation d'acide chlorhydrique suffirait déjà pour amener et expliquer toute la série des accidents. L'excès d'acide chlorhydrique provoquerait l'occlusion spasmodique du pylore et, en conséquence, la rétention dans l'estomac d'un liquide de plus en plus acide. Ce spasme pylorique consécutif à l'hyperchlorhydrie a été admis par Kussmaul, Rossbach, Riegel. On a aussi attribué à l'hyperacidité, les éructations acides, les douleurs gastriques (effets du spasme pylorique ou de l'irritation de la muqueuse), la flatulence excessive et douloureuse qui est si fréquente, enfin les douleurs tardives, surtout nocturnes qui cadrent avec le taux le plus élevé de l'acide chlorhydrique. Pendant la *nuit*, la muqueuse gastrique est livrée

sans défense à l'action de l'acide chlorhydrique qu'aucun aliment n'attire, qu'aucune boisson ne délaye. La grande soif accusée souvent par les malades est sans doute aussi en rapport avec le même phénomène.

(D) HYPERSÉCRÉTION CONTINUE. — Divers degrés d'acidité, divers degrés de permanence doivent être distingués (Riegel, Jaworski).

Nous avons un de nos malades qui, à jeun depuis la veille à six heures du soir, présentait encore, le lendemain à neuf heures, une certaine quantité de liquide dans l'estomac, liquide dont la richesse en acide chlorhydrique diminuait progressivement.

D'autres fois, le lendemain matin, on peut encore retrouver un suc riche en acide chlorhydrique ; c'est une véritable hypersécrétion acide permanente, qui digère complètement la viande et incomplètement les amylacés, et se voit après les vomissements répétés et à jeun. Il est probable qu'il s'agit aussi d'une hypersécrétion réelle dans cet état que Rossbach a caractérisé sous le nom de *gastroxynsis* par des crises douloureuses à jeun, des renvois acides, et une céphalalgie migraineuse ; dans ses observations, il s'agissait de travailleurs intellectuels surmenés, de même que, dans les observations de von Norden, il s'agissait d'aliénés qui, eux aussi, présentent cette hyperacidité ou cette hypersécrétion.

(E) CATARRHE ACIDE. — L'hypersécrétion semble, d'après Jaworski, pouvoir résulter d'une irritation catarrhale de l'estomac ; on rencontrerait dans le suc gastrique de nombreux noyaux, débris de cellules détruites par digestion ; ce serait la caractéristique de cette gastrite catarrhale. Après cette première phase, la muqueuse deviendrait incapable de fournir un suc gastrique normal, de sorte que l'acide chlorhydrique disparaissait progressivement. Ce serait donc une grave inflammation catarrhale, provenant d'ailleurs souvent de l'abus des boissons, des aliments et des condiments irritants.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

REMARQUES SUR LA SPLENECTOMIE A PROPOS D'UN CAS OPÉRÉ AVEC SUCCÈS par *Sir Spencer Wells*. — Le célèbre chirurgien anglais a présenté à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, le 10 avril 1888, un cas dans lequel il a enlevé avec succès une rate tuméfiée chez une dame non mariée, âgée de vingt-quatre ans. Il ajoute quelques remarques sur les détails de l'opération, principalement sur la manière d'assurer l'hémostase et sur les progrès de la splénectomie avant et depuis l'emploi des anesthésiques et des antiseptiques. Il ajoute la table suivante, dressée par le professeur Adel-

mann, qui montre dans 53 cas observés jusqu'à juin 1887, comment les résultats ont été modifiés par la nature de la maladie qui a nécessité l'opération :

Maladie	*Nombre*	*Guérison*	*Morts*
Hypertrophie avec leucémie.......	19	1	18
Hypertrophie simple..............	14	1	13
Hypertrophie paludéenne..........	4	1	3
Rate mobile......................	9	7	2
Kystes de la rate................	4	3	1
Kyste hydatique..................	1	1	
Sarcome de la rate...............	1	1	

D'après les résultats de la splénectomie qui se sont améliorés depuis ces trente dernières années, sir Spencer Wells espère qu'on obtiendra de meilleurs résultats encore à mesure que progresseront nos connaissances et l'expérience ; les faits sont déjà suffisamment nombreux pour montrer que les patients opérés avec succès peuvent vivre et se bien porter pendant de longues années, quoique privés de leur rate. L. J.

Cancer primitif de la trompe de Fallope. — A la Société pathologique de Londres 1888, M. *Alban Doran* a présenté un cas de *Cancer primitif de la trompe de Fallope* avec les pièces qui y sont relatives. La trompe (droite) était infiltrée et ses parois envahies par une tumeur cancéreuse. La malade était une femme mariée âgée de 48 ans. Il y a trois ans, elle avait eu un écoulement vaginal clair qui renfermait parfois des fragments membraneux. En janvier 1887, le Dr Amand Routh fit le raclage intérieur de l'utérus et retira une certaine quantité de tissu fongueux rouge. Une inflammation pelvienne s'ensuivit et, pendant la convalescence de la malade, on découvrit une tumeur qui s'élevait du côté droit au-dessus du pubis. La tumeur augmenta lentement de volume en largeur et la malade qui éliminait des fragments de tissu s'amaigrit.

Le 1er mars 1888, M. Knowsley Thornton enleva la trompe et l'ovaire ; la malade guérit. L'utérus était exempt de toute tumeur maligne. Les sections faites sur le néoplasme montrèrent que ce dernier était composé de grosses cellules polymorphes entourées de trabécules infiltrées de petites cellules. Quelques tubes seulement étaient garnis d'épithéliums ciliés, ils étaient entourés d'une zone étendue de cellules aplaties. Les tubes avec leur entourage rappelaient les glandes qui existent, comme Hennig et Bland Sutton l'ont décrit, dans la trompe et qui peuvent avoir été l'origine du cancer. Il existait des lésions semblables dans l'ovaire. L'histoire de la maladie et les petites dimensions de l'ovaire infecté comparées au volume de la tumeur de la trompe montrent que celle-ci a été le

marche était devenue impossible. L'opération fut pratiquée le 20 juin. L'excision de toutes les productions polypiformes fut suivie d'un grattage énergique avec la cuiller tranchante, le tout avec les plus grandes précautions antiseptiques. Il n'y eut aucune réaction fébrile ni douloureuse. Le second genou, le droit, fut opéré le 10 octobre de la même manière. Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis cinq mois; les genoux sont restés sains, les fonctions se sont rétablies et le malade marche sans fatigue pendant plusieurs heures. Les productions organiques extraites, examinées au laboratoire de M. Cornil, étaient de nature tuberculeuse.

Le second malade, âgé de 27 ans, exerçait la profession de cocher et travaillait habituellement la nuit. Au cours d'une discussion, il reçut un coup de canne à épée dans le côté gauche du thorax, et un second dans le côté gauche du cou. La canne se brisa. Le lendemain matin, quand M. Périer vint à l'hôpital, le blessé ne paraissait pas souffrir. On sentait à deux travers de doigt, au-dessous du bord inférieur du maxillaire, un corps dur qui semblait fixe et contre lequel le maxillaire venait presque s'appuyer quand la tête s'inclinait à gauche. La petite plaie d'entrée était pansée et son occlusion était parfaite, il n'y avait ni fièvre, ni douleur. Le lendemain, assisté de MM. Berger et Peyrot, après avoir anesthésié le malade et l'avoir placé dans une position favorable à la ligature des carotides, M. Périer fit une incision de 5 à 6 centimètres au-devant du sterno-mastoïdien et ayant pour centre le point le plus saillant du corps étranger; il put extraire celui-ci qui avait 8 centimètres de long; immédiatement un jet de sang volumineux montra qu'un gros vaisseau avait été blessé. Pendant que M. Peyrot comprimait la carotide, M. Périer avec l'aide de M. Berger eut à lier la veine jugulaire interne au-dessus et au-dessous d'un orifice qui donnait du sang, la carotide primitive qui donnait du sang par un orifice situé près de la partie moyenne du cartilage thyroïde; l'artère thyroïdienne supérieure, plus un certain nombre de petits vaisseaux.

Les suites furent très simples, le malade put se lever dès le sixième jour. L'opération avait eu lieu le 7 mars, la cicatrisation était complète le 6 avril, et dès le 9, le malade reprenait son service de cocher de nuit.

Élections. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

Au premier tour de scrutin, sur 57 votants, majorité 29, M. Mordret du Mans obtient 27 voix, M. Pierret (de Lyon) en obtient 23, M. Morache (de Bordeaux) 4, M. Chedevergne (de Poitiers) 2, et M. Niepce (d'Allevard), 1.

Au deuxième tour de scrutin sur 71 votants, majorité 36, M. Mor-

dret obtient 32 voix, M. Pierret, 30, M. Morache, 5, M. Chedevergne, 2, M. Niepce, 1.

Au troisième tour de scrutin, sur 74 votants, majorité 38, M. Mordret est élu par 44 voix contre 28 données à M. Pierret, 1 à M. Niepce et 1 bulletin blanc.

Pour la seconde place, au premier tour de scrutin, sur 67 votants, majorité 36, M. Pierret est élu par 37 voix, contre 27 données à M. Morache, 4 à M. Chedevergne et 3 à M. Niepce.

La diméthyloxyquinizine. — *M. Dujardin-Beaumetz*, étudiant d'abord la question juridique et rappelant la consultation de M. Bozérian, montre que le brevet pris pour l'exploitation de la diméthyloxyquinizine est sans valeur en France et que le nom même d'antipyrine était tombé dans le domaine public bien avant qu'on eût pris ce brevet. Ce n'était donc pas la peine de changer en France le nom de ce produit.

M. Dujardin-Beaumetz regrette que l'on ait donné le nom d'analgésine à ce médicament qui va avoir trois noms, diméthyloxyquinizine, antipyrine et analgésine ; il peut en résulter une certaine confusion. On pourrait très bien consacrer le nom d'antipyrine, ou revenir au nom chimique.

Malheureusement les chimistes ont pris l'habitude de désigner les corps par des noms impossible à prononcer. D'ailleurs le nom de diméthyloxyquinizine ne répond plus à la réalité, puisque l'oxyquinizine, radical hypothétique, n'existe pas; il faudrait actuellement appeler l'antipyrine phénildiméthylpyrazolon.

Il y a maintenant un autre corps qui vient compléter la série, l'antithermine, l'anhydride de l'acide phénilhydrasine vélulique.

Les phenacétines au nombre de trois : l'ortho, le para et le meta acétine phénélidine sont actuellement expérimentés ; à la dose de 50 centigrammes ils paraissent avoir une action analgésique et une action antithermique suffisantes.

M. *Laborde* demande que l'on encourage la fabrication de l'antipyrine en France, et il demande de même que l'on adopte le nom d'analgésine proposé par M. Bourgois. C'est le seul moyen d'éviter des procès à l'Assistance publique, car la question n'a pas encore été tranchée par les tribunaux. Le nom d'analgésine ne répond pas à toutes les indications de ce médicament, c'est possible, mais il est plus compréhensif que celui d'antipyrine, l'analgésine calmant la fièvre surtout parce qu'elle calme la douleur, comme le fait d'ailleurs le sulfate de quinine.

De l'antipyrine en oculistique. — M. *Grandclément* (de Lyon) emploie l'antipyrine en injections sous-cutanées à la tempe. Ces injections provoquent d'abord une douleur assez vive, qui dure une

ou deux minutes, puis une douleur à la pression et un gonflement qui persistent pendant huit ou dix jours. (Comm : MM. Javal, François Franck, Maurice Perrin).

NOMS DES MÉDICAMENTS NOUVEAUX. — M. *Dujardin-Beaumetz* porte à la tribune une proposition de M. Gautier tendant à nommer une commission ayant pour but de déterminer le nom des nouveaux corps introduits dans la thérapeutique.

M. *Gautier* appuie cette motion et le président, après avoir consulté l'Académie, nomme cette commission qui se compose de MM. Bourgoin, Gautier, Dujardin-Beaumetz, C. Paul et Laborde.

DE LA MÉCO-NARCÉINE. — M. *Laborde* présente un corps nouveau extrait de l'opium ; c'est une narcéine pure dont on a isolé avec soin les alcaloïdes convulsivants, la morphine et la codéine. Cette narcéine procure un sommeil très calme, de plus elle est soluble dans l'eau et peut être employée en injection sous-cutanée.

DU POISON RABIQUE. —M. *Payraud* a recherché le vaccin chimique de diverses maladies ; il a essayé d'isoler biologiquement le poison de la rage.

TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE ; HANCHER GAUCHE ET STATION ASSISE DROITE. — M. *J.-B. Reynier* (de Paris). Généralement dans la scoliose ordinaire, c'est-à-dire à convexité dorsale tournée à droite, à convexité lombaire tournée à gauche, le bassin est incliné de haut en bas et de droite à gauche.

Pour combattre cette inclinaison (Jules Guérin, Duchenne, de Boulogne) ont employé un siège incliné en sens inverse du bassin, de telle sorte que le centre de gravité du tronc se porte sur l'ischion gauche en station assise gauche.

Il se passe là, pour la station ischiatique, ce que nous avons constaté pour les pieds placés sur un plan incliné de haut en bas et d'arrière en avant ou sur un plan transversalement incliné ou sur des chaussures inclinées par des talons hauts, c'est-à-dire que le centre de gravité se porte toujours du côté le plus élevé du plan d'appui ; l'on peut remplacer le plan incliné par un livre plus ou moins épais placé sous la fesse gauche.

Le Dr Dally a dit que « le hancher droit produit les mêmes effets mécaniques que la station assise gauche.

Pour que le hancher gauche produise les mêmes effets mécaniques que la station assise droite, il faut que le tronc se porte tout d'une pièce à gauche, la cuisse gauche appuyant sur le bord du siège ou mieux le pied gauche remplaçant l'ischion de ce côté.

Le coude gauche appuyé sur la table peut encore remplacer l'ischion gauche.

Notre appareil avec pression élastique sur la fesse droite favorise la station assise droite.

Instinctivement, un sujet auquel il est ordonné de s'asseoir sur la fesse droite tend à incliner le buste à droite comme dans le hancher droit. Il faut donc bien spécifier qu'il est nécessaire pendant la station fessière droite de porter fortement le tronc tout d'une pièce en avant et à gauche. Sans cette précaution, la courbure lombaire en augmentant déjette le tronc à droite et la tête est ramenée dans l'axe vertical par l'inclinaison de la colonne dorsale à gauche, c'est-à-dire par l'augmentation de la courbure dorsale.

La séance est levée à 5 heures.

NOUVELLES

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Prix de l'hygiène de l'Enfance* : 1000 *fr.* — Question posée pour 1889 : « De la croissance au point de vue morbide. » Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1889.

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE. — Le Dr Aguilhon de Sarran commencera des conférences sur les éléments de la chirurgie dentaire, au siège de l'Institut odontotechnique, 3, rue de l'Abbaye, le mardi 15 mai, à huit heures du soir, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Ces conférences sont faites spécialement en vue de l'instruction des élèves en médecine.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 10 mai, à 8 heures 1/2 du soir, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour. — 1° M. RUAULT : Contribution à la pathogénie de la 4e amygdale (amygdale de la langue),

2° M. COMBY : Embarras gastrique hyperthermique; traitement par le naphtol.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ASSELIN et HOUZEAU, libraires de la Faculté de médecine, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Chirurgie du pied, par le Dr Albert BLUM, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec une préface de M. le professeur RICHET, membre de l'Institut. 1 vol. in-8° de 416 pages, illustré de 145 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7772

...NTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 56. SAMEDI 12 MAI 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
...ELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissent le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...dresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...s ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

Pour les annonces s'adresser à M. E. POULAIN, rue des Écoles, 10.

35e Année. — Tome I. N° 56 Samedi 12 Mai 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac,

Par M. Germain Sée,

Et ses chefs de clinique

MM. Albert Mathieu et Raymond Durand-Fardel.

(suite et fin) (1).

V. Diagnostic. — Trois questions de diagnostic se représentent au clinicien : 1° S'agit-il d'une atonie simple ou d'une atonie avec excès chlorhydrique ? l'examen seul des liquides gastriques peut résoudre ce grave problème ; en dehors de la recherche chimique, tout est hypothèse : diagnostic, pronostic, et surtout le traitement.

2° Supposons que l'examen interne ait été pratiqué ; on devra, si l'hyperchlorhydrie existe, songer à la fréquence de l'ulcère rond en pareille circonstance (Van der Velden, Riegel). Nous avons eu l'occasion de constater cette difficulté de diagnostic dans un cas de surchlorhydrie. La douleur perforante, la douleur survenant immédiatement après l'ingestion de certaines substances irritantes, surtout l'hématémèse et le melæna, permettent de reconnaître l'ulcère rond. Son existence devra rendre très prudent dans l'emploi des manœuvres exploratrices ; il y a sept ans, j'ai prévenu déjà du danger ; M. Broca fils a cru devoir passer outre ; mais peu de temps après, Duguet et Cornillon ont eu des cas d'hémorrhagie mortelle à la suite des lavages que, par conséquent, je condamne plus que jamais.

3° Une autre difficulté souvent insoluble se présentait avant les examens chimiques ; elle est relative au diagnostic des atonies intestinales et des atonies gastriques. Comme la plupart des atonies ou des spasmes de l'estomac sont caractérisés par l'hyperchlorhydrie, le jugement est facile à porter ; en effet, les affections intestinales laissent le suc gastrique intact.

(1) Voir *France médicale* n. 54 et 55.

Mais il peut arriver cette exception qu'il existe de l'anachlorhydrie ; les éventualités alors sont celles-ci : ou bien il y a des troubles digestifs fonctionnels qu'on est tenté de rapporter à l'estomac, tandis qu'il ne s'agit que d'atonie colique, ou bien les malades (voir premier mémoire, janvier 1888), tout en étant anachlorhydriques, n'accusent pas le moindre trouble digestif. Il est évident que ces individus, qui ne sont d'ailleurs pas malades, ont un estomac de transit, et qu'ils digèrent avec et par l'intestin ou le suc pancréatico-biliaire.

VI. Traitement des hyperchlorhydro-atoniques. — Les indications du traitement de la maladie hyperchlorhydro-atonique sont ou paraissent être de deux ordres ; il ne suffit pas, en effet, de combattre l'atonie avec ou sans dilatation de l'estomac ; il importe de tenir compte de la lésion chimique connexe. La dilatation n'est qu'un épiphénomène de la dyspepsie chimique ; elle ne guérira pas par les moyens ordinaires, la plupart mécaniques, tels que le lavage de l'estomac, qui est toutefois le plus important, car il débarrasse la cavité stomacale de tous les débris alimentaires, de tous les éléments imparfaits de la digestion, du mucus qui peut s'y rencontrer, des produits de décomposition de la masse alimentaire (acides gras, etc.). Un autre procédé mécanique, tel que la diminution des boissons, la restriction des masses alimentaires (Bouchard), la sévérité dans le choix des aliments qui laissent le moins de résidus, ne réussit pas davantage à guérir ce genre spécial de dilatations qui sont loin d'être d'origine purement physique. Le procédé de l'électrisation est inapplicable, et l'emploi des stimulants de la sécrétion n'a pas de raison d'être.

Il importe de songer à l'hyperchlorhydrie qui détermine par elle-même les atonies et les spasmes de l'estomac, et, pour atteindre ce but, nous avons à neutraliser l'excès chlorhydrique du suc gastrique, au moment où l'hyperacidité se constitue.

I. *Alcalinothérapie.* — Mais cette neutralisation est loin d'être facile ; elle ne doit pas être banale ; c'est trois à quatre heures après le repas, c'est-à-dire quand l'acide chlorhydrique atteint son maximum, c'est quand les malades commencent à en souffrir qu'il faut intervenir ; le bicarbonate de soude se trouve donc nettement indiqué ; il faut le donner à doses élevées ; nos malades souffraient surtout la nuit ; nous leur donnions 6 à 10 grammes de bicarbonate entre dix heures et minuit. On croit jusqu'ici que, quand la digestion est ralentie, quand l'estomac est insuffisant mécaniquement, il doit l'être aussi chimiquement ; il n'en est rien, l'estomac se vide souvent facilement, bien que l'acide manque (Grundzach) ; la moindre excitation de l'estomac par son contenu peut suffire pour provo-

quer les contractions de l'organe, qui semblent être dues à l'intervention des petits centres nerveux automatiques placés dans les parois de l'estomac, et démontrés par Hofmeister et Schutz. Aujourd'hui, on reconnaît plutôt l'hypersécrétion comme cause du spasme ou de l'atonie stomacale : mais plusieurs cas peuvent se présenter, qui ont été signalés par Jaworski, dans ses études sur Carlsbad et qui s'appliquent sans doute aussi à Vichy.

1° En dehors de la période digestive, l'acide chlorhydrique manque; il ne monte qu'à la période maxima de la digestion et alors il se développe une grande acidité du contenu ; de petites doses de bicarbonate de soude peuvent atténuer cette grande excitabilité de la muqueuse, lors du contact des aliments.

2° Dans les stades ultérieurs de la maladie, il se manifeste une sécrétion chlorhydrique modérée à jeun et très intense pendant la digestion ; cette hypersécrétion acide continue s'accompagne de symptômes douloureux et de phénomènes nerveux généraux, et exige un usage prolongé des alcalins.

3° Dans les hypersécrétions plus intenses se manifestant même à jeun, on peut considérer l'appareil glandulaire comme au summum de l'irritation ; c'est alors que se montrent de graves dilatations, souvent irrémédiables ; les alcalins sont encore de mise.

4° Plus tard, l'acide, et même la sécrétion peptique peut entièrement disparaître, pour être remplacée par le mucus ; l'eau de Vichy ou de Carlsbad n'y peut plus rien, l'appareil sécrétoire est alors compromis, c'est alors un catarrhe muqueux atrophique.

5° Dans les névroses de motricité ou de sensibilité, pendant les vomissements nerveux incoercibles, l'eau *chaude* légèrement alcalinisée et gazeuse peut calmer l'estomac. Mais, par l'abus des eaux minérales, la sécrétion, qui était normale, peut s'amoindrir.

Dans toutes ces conditions, il ne faut pas oublier les données véritables de la thérapeutique. Autrefois, on croyait et on croit encore que les alcalins excitent les fonctions de l'estomac, accélèrent la digestion et augmentent la force digestive ; or, on a appris depuis peu de temps que, dans la plupart des maladies de l'estomac, le chimisme digestif est exagéré. On sait aussi que de petites quantités de sel ou d'eau alcaline données à vide, je ne dis pas à jeun, sont capables d'augmenter la sécrétion acide et l'activité digestive ; Cl. Bernard l'avait déjà prouvé, ce n'est pas dans l'hyperchlorhydrie l'occasion de produire cette excitation sécrétoire. Il faut savoir aussi que si ces moyens sont employés en masse et continuellement, ils empêchent la sécrétion et enrayent complètement le pouvoir digestif du suc gastrique pendant plusieurs heures ; c'est précisément pour ce motif que j'emploie les fortes doses de carbonate au *moment* de la supersécrétion. Si enfin on use pendant longtemps des doses

moyennes ou fortes d'eau alcaline, le pouvoir sécréteur de la muqueuse fléchit quant à l'acide chlorhydrique et quant à la pepsine; finalement, le pouvoir de résorption et la sensibilité de la muqueuse peuvent être abaissés au point qu'aucun aliment n'est plus capable de produire ni l'acide ni la pepsine; la sécrétion acide gastrique est alors remplacée par une sécrétion de mucus et les glandes pepsiques disparaissent.

Il y a un dernier point qu'il ne faut pas oublier; les plus éminents cliniciens croient que l'eau alcaline n'agit qu'en neutralisant l'acide comme dans une éprouvette; mais contre cette opinion on peut démontrer que l'eau alcaline n'agit pas seulement d'une manière éventuelle en neutralisant le suc gastrique, mais aussi en restreignant la formation de l'acide et de la pepsine, et cela d'une manière durable. Il y a là, comme on le voit, une *revision* complète à faire des lois de l'alcalinothérapie.

Lait considéré comme alcalin. — Nous avons remarqué, à propos de l'alcalinothérapie, que le lait abaisse considérablement l'acidité du suc gastrique: ainsi s'expliquent sans doute les bons effets du régime lacté préconisé par Cruveilhier dans le traitement de l'ulcère rond. Il ne s'agit pas, dans le cas d'hyperchlorhydrie, d'une cure de lait, qui serait déplorable; mais il s'agit d'intervenir avec une certaine dose de lait chaud au moment douloureux et pénible de l'hyperacidité nocturne.

2. *Amers et excitants.* — Nous sommes loin, d'après cela, de cette méthode banale des amers comme la quassia, la gentiane, des toniques, des excitants, des strychnées (les fameuses gouttes de Baumé, la teinture de noix vomique)... dont on ne cesse d'user et d'abuser sans aucun motif précis. Des recherches récentes de Czelkow, de Reichmann, ont prouvé expérimentalement que toutes ces substances sont incapables de provoquer l'action motrice ou sécrétoire; le contraire a souvent lieu; les mouvements se ralentissent et la sécrétion diminue: si, d'ailleurs, cette sécrétion était provoquée dans l'hyperchlorhydrie, ce serait une véritable calamité.

3. *Régime.* — Un régime spécial s'impose aux hyperchlorhydriques; il est basé sur cette observation: qu'ils digèrent bien les albuminates, très mal les féculents. Ces derniers aliments se gonflent sans se transformer et s'accumulent dans l'estomac, dont ils augmentent la surcharge. Les albuminates, les viandes doivent être présentés sous une forme divisée par la mastication ou d'une manière artificielle; l'expérience m'avait depuis longtemps démontré la nécessité de la diète carnée sous forme divisée; ces aliments seront ainsi dépouillés des fibres tendineuses, des aponévroses, des artères, c'est-à-dire de tout ce qui est réfractaire à la digestion. Les légumes

verts, riches en cellulose, pauvres en principes nutritifs, laissant un résidu abondant, doivent être exclus du régime ; leur usage provoque souvent des crises douloureuses. On ne doit user des féculents qu'avec réserve, parce que la digestion ne se fait pas dans un estomac hyperacide, ainsi que nous l'avons indiqué ; la salive qui s'introduit dans l'estomac avec tous les aliments peut favoriser toutefois la transformation des féculents en sucre.

4. *Évacuants.* — Une indication indispensable se rapporte aux fonctions de l'intestin, qu'il s'agit à tout prix de régulariser ; si la constipation persiste, si les gaz s'accumulent dans l'intestin, s'ils remontent de là par l'orifice pylorique dans la cavité stomacale, tous les traitements et toutes les règles de régime seront suivis d'insuccès.

5. *Boissons excitantes de l'atonie stomacale.* — Si enfin l'atonie stomacale persiste et prédomine, il importe de réveiller la contractilité de l'organe ; un des meilleurs moyens pour atteindre ce but consiste dans l'usage des boissons chaudes, surtout théiques ; il est démontré, en effet, que l'eau chaude fait contracter les fibres musculaires de l'estomac, de même que toutes les fibres lisses. Il faut modérer l'emploi des autres excitants, surtout des boissons alcooliques, qui, de même que les condiments, peuvent exagérer l'hypersécrétion acide et pousser la muqueuse enflammée à la déchéance finale, ou du moins à l'impuissance digestive.

6. *Traitement général.* — Enfin, l'état général, qu'il soit primitif, comme dans la chlorose ou l'anémie, qu'il soit consécutif, comme il arrive pour la névropathie en général, réclame des moyens complémentaires, parmi lesquels l'hydrothérapie froide doit être citée en première ligne, si elle est bien tolérée, ce qui est loin d'être constant, ou bien les douches chaudes, la gymnastique et le massage qui trouvent souvent leur application.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANTIFÉBRINE. — Après plusieurs expérimentateurs qui ont étudié les propriétés de l'acétanilide ou antifébrine, MM. *Bernheim* et *Simon* viennent à leur tour publier le résultat de leurs recherches sur ce sujet.

Au point de vue antithermique, disent-ils, l'action de l'antifébrine est très rapide ; une demi-heure ou une heure après l'ingestion du médicament, elle est manifeste et sa durée a été de 3 à 7 heures, 23 fois sur 24 cas, c'est-à-dire environ 83 fois sur 100. La fréquence du pouls suit ordinairement les variations de la température, pro-

duites par l'antifébrine ; elle diminue quand la température s'abaisse et augmente quand elle s'élève de nouveau.

L'antifébrine, comme l'antipyrine, détermine fréquemment une diaphorèse plus ou moins abondante, variant de quelques minutes à plusieurs heures, de la cyanose de la face et ses extrémités ; Cahn et Hepp ont vu se produire des collapsus, et aussi des frissons chez des typhiques.

Ce médicament se donne à des doses variant de 25 centigrammes à 2 grammes et 4 grammes, suivant les cas (jamais plus de 2 gr. à la fois), en solution dans une petite quantité de thé au rhum. Espacer les doses d'heure en heure, si l'on redoute quelque accident.

En résumé, l'antifébrine est de beaucoup supérieure à tous les médicaments antithermiques connus, et en particulier à l'antipyrine; elle a sur celle-ci l'avantage d'une composition toujours identique à elle-même, d'un prix minime et d'une tolérance parfaite de la part des voies digestives ; enfin son activité plus grande permet de l'employer à des doses quatre fois moindres que celle de l'antipyrine (*Revue médicale de l'Est*).

Deux cas d'étranglement interne traités par la laparotomie. — Les dernières discussions qui ont eu lieu au congrès des chirurgiens allemands, tenu à Berlin en 1887, et immédiatement après à la Société de chirurgie de Paris, ont montré à l'évidence que les auteurs étaient loin d'être d'accord sur le mode d'intervention chirurgicale auquel on doit avoir recours dans les cas d'étranglement interne qui ont résisté aux efforts de la médecine. M. *Fraipont*, assistant à l'Université de Liège, publie à ce sujet deux observations desquelles il résulte que l'intervention chirurgicale relativement hâtive a sauvé les malades d'une mort certaine : l'opération pratiquée a été la laparotomie. Aussi, pose-t-il les conclusions suivantes :

Il est impossible de préciser exactement, dans l'état actuel de la science, quels sont les cas où il faut faire la laparotomie si on se guide uniquement d'après la question de diagnostic.

La cause et le siège exact de l'étranglement sont rarement connus d'une façon certaine. Le plus souvent, les cas sont douteux, mais n'en demandent pas moins une intervention active.

Ne pas s'acharner à vouloir épuiser toute la série des médications internes préconisées contre l'obstruction. Aller d'emblée aux plus énergiques, et si on a constaté leur inefficacité et surtout l'épuisement du malade, ne pas hésiter à recourir à l'intervention chirurgicale.

Strongle géant du rein expulsé en partie par l'urèthre. — Le Dr *Magueur*, de Périgueux, rapporte l'observation d'un enfant de deux ans et demi atteint d'hématurie après quelques troubles passa-

gers de l'économie. Quelque temps après, l'enfant rendait des morceaux de ver par le canal de l'urèthre, ver que l'on reconnut pour être un strongle. Des fragments furent rendus peu à peu, mais les forces de l'enfant diminuaient et on constatait bientôt une dilatation énorme du bassinet, et un mélange de pus et de sang dans les urines. Sur les instances des parents, on se décide à ouvrir la tumeur qui n'était autre que le bassinet distendu par les nématodes qui s'étaient logés dans sa cavité. L'enfant mourait quinze heures après l'opération (*Journal de médecine de Bordeaux*).

De la leucocythémie considérée comme le cancer du sang. — L'augmentation du nombre des globules blancs dans le sang se présente, en clinique, dans deux séries de cas bien tranchées et désignées sous le nom de leucocytose et de leucocythémie. La première n'est qu'un symptôme dû à des causes multiples, tandis que la seconde constitue une entité morbide véritable sur laquelle on n'a encore émis aucune hypothèse pathogénique plausible, nous dit M. *Bard*, et qu'il considère, lui, comme le cancer propre du sang.

En effet la leucocythémie est caractérisée par une augmentation énorme des globules blancs du sang (2 globules blancs pour un globule rouge dans un cas cité par Robin) et par l'apparition d'un nombre considérable de globulins, c'est-à-dire des formes jeunes, véritablement embryonnaires des leucocytes.

Si on compare la production progressive de ces éléments embryonnaires et des globules blancs avec la notion clinique du cancer et sa marche fatalement progressive, on s'aperçoit qu'il y a une connexité évidente. D'un autre côté, ce n'est pas aux organes (foie, reins, rate, etc.) dont l'hypertrophie accompagne souvent la maladie que l'on doit attribuer la formation excessive des globules blancs, car on a constaté la leucocythémie dans l'hypertrophie de ces organes.

« En outre, le caractère essentiel des tumeurs malignes est de montrer une prolifération rapide, toujours croissante des cellules du tissu atteint, et, par le fait même de la rapidité de cette pullulation, d'être constituées par des cellules encore jeunes, embryonnaires, comme arrêtés aux premiers stades de leur développement spécifique. »

La leucocythémie a absolument tous ces caractères et, de plus, ainsi que le cancer, elle aboutit fatalement à la mort. (*Lyon médical*). Dr A. Descamps.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI° ARRONDISSEMENT

Séance du 27 février 1888. — Présidence de M. PERCHERON.

La CORRESPONDANCE comprend : Une lettre de M. le Dr Genesteix qui pose sa candidature au titre de membre de la Société. *M. Depasse* est nommé rapporteur.

M. Foucart présente ensuite son rapport sur la candidature de M. le Dr Pinet et conclut à l'admission.

M. Pinet est élu membre à l'unanimité.

M. Dauchez communique le résultat d'une expérience d'inoculation de matière supposée tuberculeuse faite par lui sur un cobaye à l'hôpital des Enfants. (V. *France méd.*, n. 48, p. 576).

M. Valude, en ce qui concerne la nature de la matière inoculée, ne croit pas qu'elle fût réellement tuberculeuse, car autrement il y aurait eu infection au lieu même de l'inoculation.

M. Verchère pense de son côté qu'avant d'affirmer la nature tuberculeuse de la substance inoculée au cobaye, il eût fallu en faire d'abord l'examen histologique et microbiologique, or le travail n'en fait pas mention.

M. Dauchez dit qu'il n'a communiqué le résultat de cette expérience que pour appeler l'attention sur la possibilité d'erreurs en pareille matière.

M. Schwartz dit que, pour lui, le cobaye de M. Dauchez est mort de septicémie expérimentale.

M. Depasse observe en ce moment une petite épidémie d'oreillons; il demande à ce propos ce que pensent ses confrères sur la contagiosité de cette maladie. Pour lui la puissance contagieuse est très faible et s'étend à peu de distance. Il résulte d'un rapport qu'il avait été chargé de faire sur un ensemble de 62,000 cas que la transmission ne s'effectue pas à plus de dix mètres. Dans une caserne composée de deux bâtiments parallèles séparés seulement par cette distance de dix mètres, il a vu l'un des corps de bâtiments présenter de nombreux cas de l'affection ourlienne tandis que l'autre restait complètement indemne, alors que les soldats des deux corps de logis communiquaient constamment entre eux.

Dans une famille où l'un des enfants avait les oreillons, il a laissé les frères communiquer avec le petit malade et n'a pas eu à relever cependant de fait de transmission de la maladie.

M. Dauchez demande à M. Depasse si ses recherches sur les oreillons l'ont amené à faire quelques remarques particulières sur la durée de l'incubation de la maladie.

Pour lui, il a observé dans une famille où il y avait quatre en-

fants le fait suivant : un premier enfant est atteint d'oreillons le 1[er] novembre, un second le 15, le troisième le 17, et le quatrième le 19.

La durée de l'incubation étant ordinairement de quinze jours, il est probable que, dans ce cas, il y a eu transmission successive.

M. Depasse demande quelle est l'opinion de ses collègues sur les moyens de contagion des oreillons.

M. Dauchez dit que la contagion doit se faire par les liquides buccaux ; aussi, ajoute-t-il, à l'exemple de M. Labric, il a l'habitude de faire laver la bouche à ses petits malades avec une solution antiseptique.

M. Schwartz communique à la Société quelques considérations sur le traitement de l'épulis. Il dit que l'opération de ces tumeurs doit être précoce et radicale. Ce sont en effet des productions sarcomateuses qu'il importe de détruire rapidement, et l'on ne doit pas hésiter à sacrifier la portion d'os sous-jacente qui sert de point d'implantation.

Mais de cette opération résulte une perte de substance et par conséquent une déformation.

C'est à cette déformation qu'il a essayé de remédier (et il y est parvenu), par la réimplantation des dents. Il cite à ce propos deux cas probants empruntés à sa pratique hospitalière dans lesquels, la tumeur largement enlevée et la plaie cautérisée au thermocautère, la réimplantation des dents (incisive et canine dans le premier cas, canine et prémolaire dans le deuxième) a été faite et a donné d'excellents résultats.

Dans cette opération, il importe avant tout d'éviter la suppuration de la plaie; aussi, dès que les dents sont extraites, elles sont enveloppées dans une compresse parfaitement antiseptique et chauffée à 37°.

La réimplantation doit être faite aussi profondément que possible.

Pour maintenir ces dents pendant les premières heures qui suivent l'opération, on applique un moule en gutta-percha, qui est d'ailleurs une mauvaise substance et qu'on doit laisser le moins longtemps possible en place.

Si au bout de 24 heures les dents n'ont pas repris, c'est que l'opération ne réussira pas.

Il répète que l'asepsie est la condition rigoureuse du succès.

M. Verchère. Les dents réimplantées retrouvent-elles leur sensibilité aux différentes température?

M. Schwartz dit qu'au bout d'un certain temps la sensibilité revient complètement.

M. Douchez demande combien de temps peut mettre une épulis pour devenir maligne.

M. Schwartz. — L'épulis étant un sarcome des os est toujours dangereuse. Il y a eu des exemples de généralisation du sarcome de la gencive. Tout récemment il a eu à enlever à une dame une épulis qu'un dentiste avait à deux reprises insuffisamment opérée ; tout le rebord de la mâchoire était envahi; actuellement encore il craint une récidive.

M. Verchère a vu une épulis d'abord méconnue, puis opérée, suivie de récidive.

M. Machelard. — Après la réimplantation comment s'y prend M. Schwartz pour alimenter ses opérés ?

M. Schwartz ne fait prendre pendant les premiers jours que des aliments liquides à ses opérés.

La séance est levée à dix heures.

Le Secrétaire des séances,
Dr Veilleau.

VARIÉTÉS

L'art médical compte déjà bien des poètes et de tous temps les disciples d'Hippocrate n'ont pas dédaigné de brûler quelque encens sur l'autel d'Apollon. Le Parnasse médical est riche de nombreux petits chefs-d'œuvre, et un nouvel adepte vient de m'envoyer un petit livre qui restera dans la mémoire de tous ceux qui le liront et surtout de tous ceux qui y peuvent trouver les sentiments exprimés en vers élégants, faciles parfois, qu'ils ont éprouvés en habitant le lieu qu'il décrit.

Ce lieu c'est Bicêtre, le livre est intitulé : l'*Epopée de Bicêtre* (1). On y trouve une série de tableaux rendant l'horreur que doivent inspirer à tous ceux qui y pénètrent les différentes divisions du vieil hospice ; les vieillards

Un peuple d'invalides,
Qui, courbés vers la terre et pleurant sur leur sort,
Cherchent un peu de vie en attendant la mort,

sont dessinés par quelqu'un qui les a vus et a vécu au milieu d'eux; leurs infirmités, leurs maladies sont poétiquement décrites ; l'hémiplégie et sa marche spéciale y forment un tableau très remarquable ; des vers merveilleux peignent l'attaque du début, et d'une façon pit-

(1) J.-Louis Faure. L'*Epopée de Bicêtre*, imp. chez Charles Unsinger, 83, rue du Bac. Paris, 1888.

toresque, le poète nous montre le malheureux atteint d'apoplexie,

Fumant tranquillement une pipe suprême,

puis les souvenirs de l'ataxique « Pantin démesuré » revoyant

Dans ses souvenirs... ses ivresses passées,
Ses amours, fossoyeurs qui creusent son tombeau.

Puis la Sibérie. Tous ceux qui ont monté l'hiver des gardes à Bicêtre savent tout ce que ce mot contient de froid, de hideur, de misère ;

Ces lieux où chaque jour la mort froide et cruelle
Pousse quelque vieillard dans la nuit éternelle !

Je ne puis signaler qu'en passant tout le chant qui a trait aux services d'aliénés, nous y trouvons le paralytique général et ses idées de grandeur.

Il est le grand pontife et le grand empereur !
Des pièces d'or sur lui sont toujours entassées,
Mais ces poches sans fond sont largement percées ;
Car il est généreux et, puisant dans le tas,
Il donne sans compter tout l'argent qu'il n'a pas,

l'alcoolique ;

Qui voit le long des murs, noirs et rampant sans bruit,
Des insectes hideux, des rats, des scolopendres,

le mélancolique, le persécuté enfin, l'habitant des Colonnes, c'est-à-dire le fou, l'agité. Le poète, là s'est donné carrière et le médecin a su fouiller ces cerveaux malades et montrer les souffrances de ces malheureux qui

Gardent au fond du cœur
Un sentiment profond qui les trouble et les hante
Et qui vient redoubler en leur âme vibrante
L'éternelle douleur !
Cet aiguillon brûlant qui rougit leur front morne,
C'est l'aspiration vers l'espace sans borne,
L'espace illimité !
C'est l'amour des grands bois, de la mer, de l'abîme,
Des larges horizons, l'amour du ciel sublime
Et de la liberté !

Un véritable souffle anime ces vers qu'on ne peut lire sans émotion quand on a vu les douleurs qu'ils dépeignent.

Le palais des épileptiques, des crétins, des idiots.

Pitoyables émules
Des sénateurs romains sur leurs chaises curules !

offre au poète l'occasion de traduire quelques idées d'une grande portée philosophique et sociale.

La note gaie est donnée par la salle de garde ; mais on sent com-

bien l'auteur a dû se trouver à l'étroit dans cette salle noire et enfumée, dans ces corridors sombres, dans ces affreux cabanons, qu'on trouve assez bons pour les internes de l'endroit alors qu'on loge les idiots dans un véritable palais. Heureusement, la jeunesse, l'amitié qui unissent les hôtes du lieu leur en font oublier la laideur.

> On travaille souvent et l'on n'est pas moins gai,
> Pour s'endormir le soir avec M. Sappey.

Après la description de l'amphithéâtre d'autopsie, dernier cercle de cet enfer, le poète montre quelle philosophie se dégage de cette visite dans ce Bicêtre.

> Asile où quelque jour nous trouverons peut-être
> Un lit pour y mourir.

Je n'ai pu malheureusement citer tout ce que j'aurais voulu de ce poème, mais je puis dire à l'auteur qu'il a su faire vibrer le cœur « d'un ancien » en le faisant revivre un instant dans ces lieux dont tous ceux qui y ont passé gardent un souvenir impérissable de jeunesse et de travail.

Dr F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

M. le Dr DESPLATS, agrégé libre de physique à la Faculté de médecine, Chevalier de la Légion d'honneur.

NOUVELLES

HOPITAL DE LOURCINE. — *Conférences cliniques.* — M. le Dr BALZER commencera ses conférences cliniques le mercredi 15 mai et les continuera tous les mercredis à la même heure.

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux civils de Paris s'est terminé samedi dernier, par la nomination de M. Héret.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 29 avril au 5 mai 1888.* — Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 5. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, Croup, 48. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 19. — Tumeurs cancéreuses et autres, 4?.

Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 54. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 61.

Bronchite aiguë et chronique, 75. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 56.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 56.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 36. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 190. — Causes inconnues, 13.

Nombre absolu de la semaine : 1010. — Résultat de la semaine précédente : 1002.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

…UIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 57. MARDI 15 MAI 1888.

…ANCE MÉDICALE

…EAUX
…onne chez
…t E. LECROSNIER
…lace
…de-Médecine
…RIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

…. RICHET, …le clinique chirurgicale, …'Académie de médecine.

MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.

DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.

…. BERGER, …agrégé à la Faculté, …ien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

…ÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

…qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
… remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 57 Mardi 15 Mai 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

CHIRURGIE

De l'Ectocardie et de sa cure par l'autoplastie

Par M. le professeur LANNELONGUE (1).

Ce fut en 1826 que Breschet publia un important Mémoire sur l'ectopie cardiaque, c'est-à-dire « sur les anomalies de situation et de connexion du cœur dépendant d'une organisation primitive (2) ».

Rassemblant la presque totalité des faits publiés, Breschet les soumet à de judicieux commentaires, puis il en ajoute d'autres qui lui sont propres et qui lui permettent de créer un nouveau genre, l'ectopie céphalique dans laquelle le cœur reste adhérent à la tête. Il cite, à ce propos, le cas d'un cœur fixé dans la bouche. Bref, sauf la pathogénie que Breschet ne pouvait aborder, faute de connaissances d'embryologie, l'histoire naturelle de l'ectopie du cœur fut alors magistralement exposée.

Loin de moi la pensée d'étudier et de rappeler les variétés ou même les genres des déplacements congénitaux du cœur. Mon dessein est de donner la relation d'un cas unique à certains égards, et dont l'intérêt se concentre sur les deux particularités suivantes.

Breschet, et plus tard Geoffroy Saint-Hilaire, avaient posé cette règle, reproduite en 1882 par Ahlfeld : Toute ectopie du cœur dans laquelle cet organe n'est pas recouvert par les téguments, c'est-à-dire toute ectocardie, entraîne la mort peu de temps après la naissance, quelques heures ou quelques jours au plus tard.

Cette opinion paraissait absolue, puisqu'elle reposait sur l'observation de faits positifs : les cas de Weese, de Martinez, de Sandifort, cités par Breschet, et d'autres plus récents. Cependant on pouvait concevoir *à priori* qu'il en fût autrement : en effet, ces sujets n'étaient-ils pas, en général, nés à terme et vivants? Or, s'ils avaient

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Breschet. Mémoire sur l'ectopie de l'appareil de la circulation (Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques, 1826).

vécu un certain nombre d'heures ou de jours ne pouvaient-ils pas continuer leur existence, et l'art ne devait-il pas chercher à réaliser ce but?

Le fait dont je viens donner la relation succincte est un exemple plein d'encouragements sur ce point.

Le 15 février 1888, on me présente, à l'hôpital Trousseau, une fille âgée de six jours, d'apparence chétive, prenant assez bien le sein, et dont les diverses fonctions s'accomplissent régulièrement. Toutes les parties du corps sont bien conformées, sauf le thorax qui présente vers la partie moyenne du sternum une ulcération circulaire et médiane, dont les dimensions sont un peu supérieures à une pièce de un franc. Limitée par un bourrelet cutané saillant, cette ulcération est incomplètement fermée du côté de la cavité thoracique par une membrane molle, d'aspect jaunâtre, flottante et en partie détachée, qui est en voie de mortification.

Le cœur soulève cette membrane, et le sommet des ventricules vient battre à l'extérieur du thorax. Un examen minutieux de la paroi thoracique révèle l'existence d'une fissure incomplète et médiane du sternum ; l'appendice xyphoïde est normal.

Dans les jours qui suivirent ce premier examen, l'aspect des parties se modifia profondément ; d'abord la membrane jaunâtre, qui obstruait l'ulcération et cachait en partie le cœur, se détacha et disparut, de telle sorte que les ventricules se montrèrent à nu, en dehors de la cavité thoracique ; le corps occupait la ligne médiane, sa base enfoncée à la limite du cou et du thorax. Plus tard, un bourgeonnement très actif s'opéra dans l'anneau cutané de l'ulcération, ainsi que sur les bords latéraux des ventricules ; le cœur se trouva bientôt environné d'une couche de bourgeons charnus venant tendre la main à ceux qu'il présentait lui-même.

Dans ces circonstances, la question d'une intervention chirurgicale ne devait-elle pas se poser? En abandonnant les choses à elles-mêmes, il devenait évident que le travail de réparation comprendrait la paroi ventriculaire. Non seulement cette paroi allait adhérer au nouveau tissu de cicatrice elle-même, car l'anneau cicatriciel périphérique, uni aux bords latéraux des ventricules dans une grande étendue, devait ultérieurement être l'objet d'une rétraction telle qu'il y avait lieu de craindre que les ventricules ne fussent enserrés dans cet anneau rétractile. Pour ces motifs, je me résolus de pratiquer une opération autoplastique le 24 février ; mais avant d'indiquer le résultat obtenu, je crois utile de mentionner les recherches physiologiques qu'a suscitées ce cas.

Sur le jeune sujet, le cœur étant à nu, nous avons pu vérifier par le toucher que le doigt directement appliqué sur le ventricule est

repoussé au moment où cet organe diminue de volume et durcit. Nous avons également constaté que le battement est perçu sur toute l'étendue des ventricules et non à la pointe seulement. Ces faits ont été étudiés et vérifiés, bien antérieurement à l'exemple actuel, par M. Marey dans un cas d'ectopie abdominale sous-cutanée. D'autre part, le professeur Potain et M. François Franck ont bien voulu, sur ma demande, prendre le graphique des battements de cœur, et la note qu'ils m'ont remise est publiée dans le *Bulletin médical*.

Ne pouvant aborder dans cette note la question de pathogénie, je mentionnerai seulement qu'en rapprochant les exemples les plus simples d'ectopie du cœur de ceux plus compliqués qui coexistent avec des anomalies profondes de l'organisme, on arrive à placer dans des adhérences *intrinsèques* ou *extrinsèques* la condition pathogénique de l'ectopie. Les adhérences intrinsèques, c'est-à-dire les connexions anomales entre le cœur et les tissus ou organes voisins de l'embryon, amèneront de préférence les ectopies avec conservation du tégument; les adhérences extrinsèques, c'est-à-dire les connexions entre le cœur et les annexes de l'embryon, détermineront de préférence les ectocardies.

L'opération décidée, je devais concevoir, pour un sujet de quinze jours, un procédé inoffensif, simple et rapide, aussi sûr que possible dans ses résultats. Après mûre réflexion, il me sembla que, si l'on fermait l'orifice cutané à l'aide de lambeaux cruentés par leur face profonde, les mouvements du cœur suffiraient à empêcher les adhérences d'être trop serrées et qu'il se ferait même une espace séreux conforme aux besoins de la fonction cardiaque.

Dans ce but, deux incisions verticales furent faites de chaque côté de l'anneau cutané à 0m. 015 en dehors de la surface ulcérée. Les deux lambeaux latéraux ainsi formés furent mobilisés suffisamment pour que leurs bords internes pussent être réunis et suturés au devant du cœur. L'enfant ne perdit que quelques gouttes de sang; son état général ne fut nullement troublé dans la suite; en moins de vingt jours la cicatrisation était achevée.

Le 24 avril, deux mois après l'opération, l'enfant est en très bonne santé et la région du cœur se présente sous l'aspect suivant : la cicatrice médiane, provenant de la réunion des lambeaux, est linéaire et à peine visible; la poitrine est fermée par le tégument externe comme à l'état normal. De chaque côté, on voit les deux cicatrices verticales, traces des incisions et du déplacement des lambeaux. Les battements du cœur soulèvent la peau et les formes de cet organe se dessinent à chaque systole. On peut prendre les ventricules avec les doigts. Mais ce qui est remarquable au point de vue du résultat opératoire, c'est que le tégument glisse librement au devant du

cœur ; on peut facilement le plisser et le pincer. Le cœur est libre dans un espace où ses mouvements ne sont nullement entravés.

En définitive, l'opération a amené la transformation d'un cas d'*ectocardie* en une *ectopie* sous-cutanée. Il est encore possible que cette ectopie, qui est extra-thoracique, devienne, dans l'avenir, intra-thoracique par suite du développement du cœur. En effet, on remarque que cet organe ne soulève pas le tégument d'une manière permanente, et l'on comprend qu'à un moment donné un défaut d'harmonie entre le développement du cœur et la fissure sternale ne permette plus à ce dernier de venir battre sous la peau.

Etude sur la position du cristallin de l'œil humain,

Par M. Tscherning (1).

Lorsqu'on examine l'œil humain au moyen d'une source lumineuse assez forte, on aperçoit trois images catoptriques, connues sous le nom *d'images de Sanson* ou *de Purkinje*.

L'une de ces images, plus brillante que les deux autres, est due à la réflexion de la surface antérieure de la cornée ; la deuxième, plus grande, mais aussi plus diffuse que les deux autres, est due à la réflexion de la surface antérieure du cristallin ; la troisième, plus petite, est produite par la réflexion de la surface postérieure du cristallin.

L'étude de ces images a une grande importance pour la physiologie de l'œil ; si on l'a un peu négligée depuis les travaux importants de Cramer et de Helmholtz, cela tient surtout à la difficulté qu'il y a de trouver une source lumineuse suffisante et d'un emploi commode.

Suivant le conseil de mon maître, le Dr Javal, je me suis servi de petites lampes électriques, qui, munies d'un miroir réfléchissant et d'une lentille convergente, donnent des images très distinctes.

Si l'on considère les trois surfaces dont il s'agit comme sphériques, ce qui n'est en réalité qu'une première approximation, on peut se figurer une ligne droite passant par les centres de courbure des deux surfaces du cristallin. Nous appellerons cette ligne droite l'*axe du cristallin*. La question que nous nous posons est si cet axe coïncide avec la ligne visuelle.

Supposons l'axe du cristallin prolongé en dehors de l'œil et une source lumineuse placée sur ce prolongement ; les deux images cristalliniennes se formeraient alors sur l'axe même (2) et, si l'on

---

(1) Note présentée par M. le professeur Bouchard à l'Académie des sciences.

(2) Ceci ne serait complètement vrai que si l'axe du cristallin passait par le centre de la cornée, ce qui, en général, n'a pas lieu ; mais, comme la déviation n'est que très faible, on peut la négliger.

regardait l'œil au moyen d'une lunette dont l'axe coïnciderait avec cette ligne, on verrait les deux images cristalliniennes au milieu du champ de la lunette. Un tel arrangement rencontrerait cependant des difficultés pratiques. C'est pourquoi j'ai eu recours au moyen suivant : sur l'arc de l'ophtalmomètre de Javal et Schiøtz placé verticalement, je fixai deux lampes, l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la lunette de l'instrument. J'enlevai le prisme biréfringent, de façon que l'instrument ne fonctionnât que comme une simple lunette, à travers laquelle j'observai l'œil du sujet, qui fixait constamment un point donné. Je déplaçai la lunette horizontalement jusqu'à ce que les quatre images cristalliniennes se trouvassent toutes sur le diamètre vertical de la pupille. Ce résultat obtenu, l'axe de la lunette se trouvait dans le même plan vertical que l'axe du cristallin. Puis je donnai à l'arc une position horizontale et déplaçai l'instrument verticalement, jusqu'à ce que les quatre images fussent sur le diamètre horizontal de la pupille. L'axe de la lunette se trouvait alors à la fois dans le même plan horizontal et dans le même plan vertical que l'axe du cristallin et coïncidait, par conséquent, avec celui-ci.

En effet, en tournant l'arc, quelque position qu'on lui donnât, les quatre images se trouvaient toujours sur un même diamètre de la pupille.

Il restait alors à mesurer : 1° l'angle formé par l'axe de la lunette et par la ligne visuelle de l'observé, et 2° l'angle que le plan passant par ces deux lignes formait avec un plan déterminé, par exemple un plan vertical passant par la ligne visuelle.

En pratique, on peut se contenter d'une seule lampe et l'on peut substituer au déplacement de l'instrument des changements de direction du regard de l'observé, l'erreur que l'on commet ainsi étant négligeable.

Il résulte des observations que j'ai faites de cette manière sur un certain nombre de personnes que, sauf de rares exceptions, l'axe du cristallin ne coïncide jamais avec la ligne visuelle. La déviation principale est telle qu'elle serait si le cristallin avait subi une rotation autour d'un axe vertical, le côté externe en arrière. Dans les yeux que j'ai examinés, cette déviation varie entre 3° et 7°.

Mais souvent l'axe du cristallin ne se trouve pas non plus dans le même plan horizontal que la ligne visuelle, comme si le cristallin avait subi une rotation autour d'un axe horizontal et transversal. Le plus souvent, c'est la partie supérieure qui est penchée en avant. Cette déviation est plus petite que la précédente. Dans les yeux examinés jusqu'à présent, elle varie entre 0° et 3°.

Sans vouloir trop entrer dans la théorie des lentilles placées obli-

quement, on peut dire qu'elles ont un effet qui se rapproche de celui produit par la combinaison d'une lentille sphérique placée perpendiculairement à l'axe du pinceau lumineux avec une lentille cylindrique. La première des déviations du cristallin a pour effet de donner à l'œil un faible degré d'astigmatisme « contre la règle », le méridien le plus réfringent étant horizontal. Mais, d'autre part, l'astigmatisme de la cornée étant, comme règle, de nature contraire, ces deux se compensent en partie. Ces observations expliquent un fait, remarqué souvent par M. Javal, à savoir que l'astigmatisme total est plus petit que celui de la cornée, lorsque celui-ci est, « selon la règle », le méridien vertical étant le plus courbé, tandis que le contraire a lieu si l'astigmatisme cornéen va dans le sens contraire.

Lorsque la deuxième déviation du cristallin est plus prononcée, elle a pour effet de changer la position du méridien le plus réfringent, qui devient oblique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 *mai* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

COMPRESSION DU RADIAL PAR UN CAL OSSEUX. — M. *Terrillon* dit à propos du procès-verbal : J'ai fait la résection de l'extrémité externe de la clavicule. Il y avait une fracture avec enfoncement. Dès le lendemain, les signes de paralysie s'amendaient, et j'espère que ce malade recouvrera l'usage complet de son membre.

GASTROTOMIE POUR RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE. — M. *Terrillon*. Malade âgé de 52 ans, dyspeptique depuis longtemps. Pris en septembre dernier de dysphagie des solides. Après quinze jours, il ne pouvait plus les avaler. Jusqu'au mois de janvier, il ne prit que des liquides. A ce moment, il commence à avoir de la régurgitation.

Au mois de janvier, quand je le vis, il n'avalait plus depuis six jours. Pendant quatre jours, je fis encore des tentatives pour franchir le rétrécissement sans y parvenir. Ce rétrécissement, d'après les mensurations, siégeait au cardia.

Je fis la gastrotomie, d'après la méthode classique; il y eut une difficulté, c'est que le thorax était très saillant et le ventre rétracté.

Après m'être bien assuré que je tenais l'estomac, je fis la suture, puis je fis une ouverture et, deux heures après, je lui donnai un peu de lait.

Ce malade avait un suc gastrique très actif, il digéra une partie de l'orifice stomacal de la peau, de sorte que quelques jours après il y avait une plaque de gangrène autour de l'ouverture.

De plus, il rejetait les liquides avec tant de violence que nous fûmes

obligés de mettre des éponges et un bandage serré. Voulant éviter cette digestion des bords de la fistule, j'eus l'idée de lui mettre un appareil consistant en deux ballons reliés par un tube intermédiaire et traversés par un tube destiné à l'alimentation. C'était une canule en bouton de chemise. J'eus néanmoins de la peine à maintenir les liquides. Aujourd'hui, le malade va très bien et a engraissé de 15 livres. Il ne peut avaler aucune espèce de liquide.

Son alimentation est purement artificielle.

J'ignore la nature du rétrécissement : il n'y a pas d'antécédent syphilitique ni autre. Serait-ce un cancer à forme spéciale?

J'ai fait quatre fois cette opération : le jeune homme pour lequel je l'ai faite est mort après dix-huit mois, d'accidents d'alcoolisme analogues à ceux du malade de M. Verneuil.

J'ai fait les deux autres opérations pour des cancers : l'un est mort au bout de quatre jours avec des phénomènes d'inanition.

J'en ai opéré un second dans le service de M. Debove : trois heures après l'opération, le malade eut une hémorrhagie par la bouche stomacale et mourut. A l'autopsie, on trouva une perforation de l'aorte par le cancer.

M. *Segond*. Je voudrais demander si la rentrée à frottement de l'appareil ne détermine pas l'agrandissement de la fistule.

Dans les cas que j'ai opérés, les appareils que j'ai appliqués ne faisaient qu'agrandir la fistule; j'y ai renoncé, et le malade a pu obvier aux inconvénients de la fistule par des soins de propreté extrêmes.

M. *Quenu*. Je demande à faire des réserves sur la nature cancéreuse du rétrécissement, car il n'y a guère de survie dans ces cas là. J'ai fait une gastrotomie pour cancer. Ce malade est mort le quatrième jour.

M. *Terrier*. Je demande à M. Terrillon si, au point de vue du diagnostic, il s'est entouré de toutes les garanties; la recherche du chiffre de l'urée, celle de l'acide chlorhydrique, et s'il n'y a pas des antécédents de l'affection décrite par Debove sous le nom d'ulcère de l'œsophage analogue à l'ulcère stomacal.

M. *Terrillon*. Je crois que l'appareil que j'ai construit agit surtout par pression du caoutchouc en dehors et en dedans et non par pression latérale, tendant à agrandir l'orifice.

Je réponds à M. Quenu que je n'avais pas dit que ce fût un cancer, et à M. Terrier que le malade n'a jamais eu des symptômes d'ulcère de l'œsophage.

Pour la question de l'urée, je crois que ça n'a pas grande valeur, les expériences que j'ai faites et celles de M. Kirmisson le démontrent.

Quant à l'acide chlorhydrique, j'ai dit qu'il y avait une grande quantité dans le liquide stomacal.

PLAIE DE L'AXILLAIRE. — M. *Nélaton*. J'ai eu à traiter une plaie de l'axillaire et pour faire la ligature j'ai eu recours à un expédient que je n'ai pas trouvé signalé.

Une femme avait été blessée par une balle à l'épaule. L'hémorrhagie avait été facilement arrêtée. Je portai le diagnostic de plaie de l'axillaire ou d'une des branches importantes, car il y avait un épanchement énorme et absence du pouls radial et cubital.

Le lendemain, l'épanchement avait augmenté. Je me proposai de faire la ligature au-dessus et au-dessous de la plaie pour éviter l'hémorrhagie pendant l'opération.

Je fis la ligature temporaire de la sous-clavière, je fendis ensuite l'aisselle et je trouvai l'artère axillaire ouverte dans une étendue de 7 millimètres; je la liai au-dessus et au-dessous, je levai la ligature temporaire : il n'y avait pas de suintement. Je fis des sections, la malade sortit le vingt-quatrième jour et il n'y eut pas d'accident.

Elle sortit avec une paralysie complète du bras qui a guéri par l'électrisation.

M. Nélaton cite ensuite les auteurs classiques qui indiquent que les plaies de l'axillaire doivent être liées dans la plaie, et d'autres indiquant qu'il faut lier la sous-clavière.

On a fait à la ligature dans l'aisselle deux objections : 1° l'hémorrhagie pendant l'opération et le sphacèle consécutif.

On peut écarter ces deux causes d'inquiétude.

La crainte de la gangrène est illusoire, car on ne lèse pas en faisant la ligature un seul vaisseau important, et de plus, l'injection anatomique par l'aorte, après ligature dans l'aisselle, pénètre dans la radiale et la cubitale.

Les observations citées par les auteurs justifiant les craintes de gangrène ne sont pas probantes; car les observations datent en grande partie de l'époque où on ne faisait pas l'antisepsie.

Les opérations pratiquées depuis l'antisepsie ont guéri.

M. *Schwartz*. Je demande à M. Nélaton pourquoi on ne faisait pas, dans ces cas-là, soit la compression à travers la peau, soit directement après incision de la peau. C'est plus facile et plus simple que le passage d'un fil.

M. *Terrier*. Etant donné les difficultés que j'ai rencontrées une fois pour lier la sous-clavière, je crois que j'hésiterais à la faire, et j'aimerais mieux la compression immédiate.

Il est quelquefois difficile de passer derrière la sous-clavière et aussi de l'attirer, surtout quand il y a des infiltrations sanguines ou séreuses.

Je crois qu'avant de faire cette ligature, il faudrait s'assurer qu'on ne peut pas la comprimer directement ou à travers une incision de la peau.

M. *Le Dentu*. La conduite à tenir doit varier : quand il y a peu de sang épanché on peut se dispenser de toucher à la sous-clavière, mais quand il y a des épanchements considérables, je crois qu'on peut songer à la ligature de la sous-clavière.

Dans un cas de luxation de l'épaule avec déchirure de l'axillaire, comme il y avait un phlegmon diffus commençant, la seule ressource était la désarticulation de l'épaule ; mais pour éviter l'hémorrhagie, je plaçai un fil sur la sous-clavière. Il suffit de faire une très légère élévation de la ligature pour arrêter le sang, et je pus faire la désarticulation de l'épaule sans hémorrhagie.

M. *Tillaux*. Le vrai traitement des plaies artérielles est d'aller directement sur le point blessé, c'est là le précepte ; mais il est des cas où on peut s'aider du procédé d'hématose temporaire comme l'a fait Nélaton.

M. *Berger*. J'aimerais mieux la ligature d'attente avec la compression, car pour atteindre l'axillaire ou les branches blessées, on est obligé d'élever la clavicule, et par conséquent la compression est difficile et impossible. Cette compression faite avec le doigt et un tampon me paraît inférieur à la ligature d'attente.

M. *Terrier*. Je maintiens mon opinion au sujet des avantages de la compression parce qu'il n'est pas commode de dénuder l'artère sous-clavière.

M. *Nélaton*. J'ai pratiqué la ligature parce qu'elle était très facile et parce que cela m'a donné une grande sécurité pendant l'opération.

M. *Delorme* lit trois observations de phlegmon sus-hyoïdien.

P. Bazy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1888. — Présidence de M. Siredey.

Tubage du larynx dans le croup. — M. *d'Heilly* rappelle l'histoire de cette opération proposée pour la première fois, en 1858, par M. Bouchut, tombée dans l'oubli puis remise au jour en 1880, par O'Dwyer, avec une instrumentation nouvelle; elle est maintenant courante en Amérique. M. d'Heilly vient d'en faire lui-même l'essai dans treize cas où il a eu soin de se placer dans les mêmes conditions que pour la trachéotomie. M. d'Heilly a choisi de préférence des enfants au-dessous de 3 ans; il a employé l'instrumentation de O'Dwyer. M. d'Heilly a obtenu deux guérisons en faisant garder le tube de six

à sept jours. M. d'Heilly fait ensuite valoir les avantages du tubage; pas d'effusion de sang, facilité d'exécution, absence d'accidents imprévus, réitération facile en cas d'échec, tolérance parfaite de la canule, absence de lésions graves. Ses inconvénients par contre sont: l'obstruction du tube par les fausses membranes, la gêne de la déglutition à laquelle on remédie par l'alimentation systématique par la sonde.

M. d'Heilly pense que le tubage est indiqué : 1° chez les tout jeunes enfants ; 2° dans les croups légers ; 3° dans les cas graves où la trachéotomie n'est plus possible ; 4° dans les croups secondaires, enfin dans tous les cas où la trachéotomie est impossible ou dangereuse.

Hémiathétose. — M. *Renault* présente une jeune fille de 16 ans qui, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde, fut frappée d'hémiplégie gauche sans attaque convulsive préalable ; trois semaines plus tard apparut l'athétose du côté malade. Aujourd'hui on constate l'hémiathétose sans paralysie, sans anesthésie ni atrophie appréciables. M. Renault pense qu'il s'agit d'une athétose vraie consécutive à une encéphalite partielle siégeant probablement au niveau du noyau intraventiculaire du corps strié.

M. *Rendu* fait remarquer l'absence d'atrophie de la face du côté malade et l'absence du retentissement médullaire dans une lésion aussi ancienne.

M. *Féréol* croit constater une légère atrophie de la face.

Anévrysme de l'artère crurale traité par la méthode de Baccelli. — M. *Bucquoy* rapporte l'observation et l'autopsie d'une femme de 33 ans, entrée dans son service avec un anévrysme de l'artère crurale du volume d'une pomme d'apis. La constatation d'une double lésion aortique contre-indiquait la ligature de l'iliaque externe. M. Bucquoy, après deux séances d'électro-ponction suivant la méthode de Ciniselli et faites à une semaine d'intervalle, dut, à cause des douleurs, renoncer à ce moyen thérapeutique. Deux tentatives de la méthode de Moore n'eurent pas un meilleur succès. Une première opération suivant la méthode de Baccelli, bien que faite avec quelques incidents, diminua les battements, les douleurs et le volume de la tumeur. Une seconde tentative fut suivie d'accidents septicémiques qui entraînèrent la mort. L'autopsie montra une endocardite végétante des valvules aortiques ; dans la tumeur : fragments de ressort oxydés et recouverts de fibrine ; caillots actifs qui ne semblent pas groupés autour des fragments de ressort ; pas de caillot passif.

M. Bucquoy pense qu'il faut admettre dans ce cas une endocardite d'origine puerpuérale et la projection dans l'artère crurale d'un fragment embolique comme point de départ de la poche anévrysmale. Malgré la tendance actuelle à faire de toute endocardite ulcéreuse

ou végétante une endocardite microbienne, M. Bucquoy a peine à admettre la nature infectieuse de la maladie dans le cas actuel. M. Bucquoy montre, en terminant, comment il a été amené à employer la méthode de Baccelli, qu'il croit légitime dans le cas d'anévrysme sacciforme siégeant sur une artère périphérique.

M. *Bucquoy* présente un malade qui, en juin 1887, était couvert d'abcès tuberculeux. Les injections d'éther et de vaseline iodoformés étaient restés sans succès, aussi bien d'ailleurs que les préparations phosphatées et arsenicales ; l'huile de foie de morue a suffi pour faire disparaître les abcès et la fièvre hectique et rendre les forces au malade.

M. *Rendu* rappelle que, dans ces abcès, il faut, pour trouver les bacilles, racler la paroi. Le pus qu'ils contiennent, bien que ne renferment pas de bacilles, est cependant virulent.

SAPELIER.

BIBLIOGRAPHIE

HISTOIRE DES EXPRESSIONS POPULAIRES RELATIVES A L'ANATOMIE, A LA PHYSIOLOGIE ET A LA MÉDECINE, par Ed. *Brissaud.* — (Chamerot, édit., Paris 1888).

Ce livre est dédié par Brissaud à ses externes de la Pitié (1887) afin que « la terminologie technique avec laquelle ils vont se familiariser ne leur fasse pas oublier les formes de langage plus modestes qui interviennent à chaque instant dans la conversation et qui ont tout comme les autres leur raison d'être. » Aussi par une judicieuse sélection, l'auteur, avec son esprit distingué, a-t-il su ne faire que l'histoire des expressions qui autrefois ont appartenu au langage scientifique et qui tirent leur étymologie du latin, du grec ou du vieux français. Il a su faire revivre dans un style incomparable de brio et parfois de gaieté les termes pittoresques qui, autrefois, remplaçaient la sèche et avide nomenclature qu'ont en tous temps affecté d'employer les savants en us ou en ès. « Il est regrettable qu'on choisisse presque toujours ce qu'il y a de plus recherché et de plus baroque dans le langage technique. N'avait-on pas tenté dès le XVI[e] siècle de substituer aux noms de *gale* et de *gravelle* ceux de « squabrosité » et de « néphritide » ? Dans les cas où la nomenclature actuelle paraîtrait insuffisante, plutôt que de recourir à des termes nouveaux, serait-il donc si difficile de pratiquer ce « provignage des vieux mots français » que préconisait Ronsard ? »

Ce sont là souhaits de linguiste et de styliste qu'il serait heureux de voir réaliser. M. Brissaud s'est employé à le rendre réalisable,

et il a plaidé sa cause avec un grand talent et surtout un grand savoir. Et qu'il nous permette de blesser sa modestie en lui disant qu'il a droit à toutes les prétentions à l'érudition linguistique ou historique, voire même médicale.

« Il a pris simplement, ajoute-t-il, la peine de rédiger son devoir de vacances », mais il nous est bien permis de le féliciter sincèrement de la façon charmante autant qu'instructive dont il a su tirer parti de la grosse somme de lectures que représente son travail ».

Modeste jusqu'au bout, il reporte tout le mérite de son livre à quelques ouvrages, glossaires ou dictionnaires historiques, dans lesquels il aurait puisé beaucoup de ses citations.

Le lecteur du charmant ouvrage de M. Brissaud prendra acte de cette modestie, en félicitera son auteur, mais saura aussi combien de science il a fallu pour mener à bien cette œuvre de bénédictin et de talent pour la rendre attrayante. F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

Le Dr LAURENT (Nicolas), médecin du Bureau de bienfaisance du XIe arrondissement, décédé le 20 avril à l'âge de 80 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le moyen âge médical, par le Dr DUPOUY, un fort vol. in-12 de près de 400 pages. Prix : 5 francs. — Cet ouvrage comprend quatre parties distinctes : 1° Les médecins au moyen âge maîtres ès arts, mires, physiciens, docteurs, chirurgiens, apothicaires, barbiers, étuvistes, ventrières et sages-femmes ; 2° les grandes épidémies, pestes, mal des ardents, fièvres éruptives, suette, scorbut, lèpre et syphilis ; 3° la démonomanie au moyen âge, origines de la magie et de la sorcellerie, théologiens et juges démonologues, médecins démonologues, possédés, sorciers et démonomanes, hystéro-démonomanie des cloîtres, magie, farce psychique et spiritisme ; 4° la médecine dans la littérature au moyen âge, farces, moralités et soties. Étude médicale sur les poètes, romanciers, chroniqueurs et auteurs dramatiques.

Neurillon, éditeur, 16, rue Serpente.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 58. JEUDI 17 MAI 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. — N° 58 Jeudi 17 Mai 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 16 *mai* 1888.

M. Le Roy de Méricourt a recommencé hier la discussion sur la lèpre en répondant au travail lu récemment à la tribune par M. E. Besnier. M. Le Roy de Méricourt soutient vivement la doctrine de la contagion. Il n'a lu qu'une partie de son mémoire, qu'il doit terminer dans la prochaine séance. Nous aurons alors à résumer ses conclusions.

M. Laborde, dans la dernière séance, a fait une communication sur la méco-narcéine, produit qui offrirait de nombreux avantages sur tous les autres alcaloïdes de l'opium. M. Constantin Paul met en doute la réalité de cette substance. Autrefois M. Claude Bernard avait expérimenté une narcéine soluble qui donnait des résultats identiques à ceux apportés par M. Laborde, mais depuis Claude Bernard la narcéine n'est plus soluble, ou du moins elle demande pour se dissoudre 1285 fois son poids d'eau ; en second lieu les chimistes ne peuvent extraire que 4 ou 5 centigrammes de narcéine par kilogramme d'opium, ce qui rendrait l'emploi de cette substance très peu pratique. M. C. Paul croit donc que la méco-narcéine présentée par MM. Laborde et Duquesnel est une sùbtance mal définie, un curieux produit de laboratoire, mais que les praticiens auraient tort de compter beaucoup sur cette découverte.

M. Laborde croit au contraire que la méco-narcéine dont M. Duquesnel a publié la formule est une substance que tous les chimistes pourront reproduire et qui rendra à la pratique médicale les plus grands services.

Dans le comité secret qui a suivi cette séance, M. Riche a lu son rapport sur les candidats dans la section de pharmacie. Sont présentés : en 1re ligne, M. Moissan ; en seconde ligne, ex æquo, MM. Beauregard, Guignard et Petit ; en 3e ligne, MM. Quesneville et Vigier. M. Villejean sera adjoint à la présentation sur la demande de l'Académie. A. Ch.

Rhumatisme articulaire infantile avec endopéricardite,

Par le Dr Descroizilles,
Médecin de l'hôpital des Enfants (1).

Le nommé C... Georges, jeune garçon de onze ans et demi, assez vigoureusement constitué et atteint, depuis une semaine, de douleurs au niveau de plusieurs articulations, entrait, le 25 janvier dernier, au n° 7 de la salle Saint-Augustin. Déjà, l'année précédente, nous disait-il, pour des souffrances de même nature, il était resté en traitement pendant un mois dans le service de mon collègue Labric. On nous raconta de plus qu'on se rappelait lui avoir vu des convulsions pendant les premiers mois de sa vie, puis une coqueluche, puis une rougeole. Sa mère semblait vigoureuse, mais son père était mort phthisique. Sa grand'mère avait eu souvent des rhumatismes dans le cours de son existence.

Nous trouvâmes chez cet enfant, au moment de son entrée, de la tuméfaction avec rougeur et sensibilité à la pression, à la hauteur du genou et de l'articulation tibio-tarsienne du côté droit, ainsi qu'au poignet et au coude du même côté. Le thermomètre ne s'élevait pas au-dessus de 38,6 et la fréquence du pouls au-dessus de 110. On constatait, d'autre part, de l'inappétence, de la constipation, et enfin des battements de cœur plus violents qu'à l'état normal, sans douleur locale ni dyspnée, mais avec un bruit de souffle à la pointe et au premier temps.

Je fis prendre au jeune malade deux grammes, puis quatre grammes par vingt-quatre heures de salicylate de soude, et, pendant deux ou trois jours, j'observai une rapide amélioration. Mais le 29 janvier, l'articulation coxo-fémorale droite devenait très douloureuse et il en était de même des deux dernières jointures du membre inférieur gauche, qui tout d'abord avaient été épargnées. D'autre part le thermomètre s'élevait à 39°2 et le nombre des pulsations radiales à 125 ou 130. Enfin, à la région péricordiale, on découvrait, au premier temps, un souffle beaucoup plus intense que précédemment et toujours plus prononcé à la pointe qu'à la base du cœur.

Je portai alors la dose quotidienne du salicylate de soude ingéré à cinq, puis à six grammes. La fièvre diminua promptement et les douleurs s'atténuèrent; le malade, très agité pendant plusieurs nuits, redevint plus calme, mais les phénomènes stéthoscopiques déjà notés à la région précordiale persistèrent. Nous ne cessâmes d'entendre distinctement un souffle correspondant au premier temps, dont le maximum siégeait à trois ou quatre centimètres au-dessous du ma-

(1) Extrait d'une des dernières leçons faites à l'hôpital.

melon. En outre, nous pûmes, le 2 février et les jours suivants, percevoir nettement un bruit de va-et-vient ou de frottement superficiel qu'on ne pouvait attribuer qu'à une péricardite et qui n'existait pas une semaine plus tôt. Le malade ne se plaignait d'aucune douleur dans le côté gauche de la poitrine, mais par la palpation on découvrait, à la partie inférieure de la région précordiale, un frémissement cataire très accentué.

L'application d'un vésicatoire volant sur ce point de la paroi thoracique fut suivie d'une diminution rapide de ces phénomènes et de l'état fébrile ; mais le souffle persista au niveau de la pointe du cœur, puis nous vîmes, le 5 février, les articulations du coude et du poignet gauches devenir, à leur tour, turgescentes et douloureuses à la pression, tandis que les autres jointures cessaient de l'être. Cette recrudescence de fluxion articulaire coïncida avec une nouvelle ascension du thermomètre qui dépassa 39°, le 6 et le 7 février, tandis qu'il n'atteignait pas 38° les jours précédents. Bien que l'enfant continuât à prendre 5 grammes de salicylate de soude par vingt-quatre heures, ses jointures du membre inférieur droit redevinrent encore une fois douloureuses et tuméfiées, du 10 au 12 février, mais ces dernières manifestations fluxionnaires furent plus légères que les précédentes. et pendant la première moitié de février, la fièvre cessa définitivement, tandis que la langue commençait à être nette.

Toutefois, la convalescence marcha avec lenteur. Le jeune garçon resta pâle, maigre et si peu vigoureux qu'il ne put commencer à se lever que cinq semaines après le début de sa maladie. Cependant, quand il nous quitta, le 12 mars, pour aller achever sa guérison à l'asile de Larocheguyon, il avait repris en grande partie ses forces, sans avoir retrouvé son embonpoint; il conservait l'aspect d'un anémique bien que depuis quinze jours on eût remplacé le salicylate de soude par le vin de quinquina et le sirop d'iodure de fer. Au moment de sa sortie on entendait encore le bruit de souffle au-dessus du mamelon ; mais ce souffle avait perdu beaucoup de son intensité et on ne découvrait plus ni frottement à l'auscultation, ni frémissement cataire à la palpation. Je dois ajouter que, pendant une semaine, nous avons trouvé, indépendamment du souffle de la pointe, un autre bruit semblable dont le maximum correspondait à la base et que, pendant deux ou trois jours, nous avions même cru constater un claquement valvulaire siégeant à la hauteur de l'orifice aortique et coïncidant avec le premier bruit.

Lorsqu'on voit, chez un jeune sujet, des douleurs et du gonflement se manifester simultanément au niveau de différentes jointures, on peut se demander si la croissance n'est pas la cause de tout ce que l'on observe, mais on doit surtout penser au rhumatisme articulaire

qui ne peut, d'ailleurs, être confondu qu'avec la périostite phlegmoneuse; mais celle-ci est peu commune et rarement diffuse ; l'enflure qui lui appartient ne correspond pas exactement à l'interligne articulaire, mais se produit un peu au-dessus et au-dessous des points où les deux extrémités osseuses se rencontrent ; à cette enflure ne tardent pas à se joindre les autres signes de la suppuration. Les manifestations articulaires de nature rhumatismale sont au contraire à peu près aussi fréquentes pendant l'enfance qu'aux autres phases de la vie ; elles s'accompagnent, plus souvent encore peut-être chez l'enfant que chez l'adulte, de manifestations viscérales, de lésions du cœur ou de son enveloppe en particulier. Dans le cas actuel le diagnostic ne présentait pas de difficulté ; les souffrances et les tuméfactions locales n'étaient pas assez circonscrites pour qu'il fût rationnel de croire à une périostite ; les phénomènes observés dataient d'une époque trop récente et étaient vite devenus trop sérieux pour qu'on pût songer à des accidents de croissance. Avec le rhumatisme articulaire tout s'expliquait aisément et je ne crus pas devoir chercher une autre interprétation.

Dans le jeune âge, cette maladie n'atteint presque jamais un haut degré de violence ; elle reste habituellement limitée à un petit nombre de jointures, en respectant les membres supérieurs, se rattachant très souvent à des conditions d'hérédité, elle récidive dans de nombreux cas, et d'ordinaire procède par recrudescences rapprochées les unes des autres, dans le cours d'une même attaque. Nous avons vu en effet plusieurs rechutes se produire successivement chez le jeune O..., sans qu'il fût possible de les rattacher à une cause accidentelle. Mais, contrairement à la règle, les coudes et les poignets ont été atteints comme les jointures des membres inférieurs et l'on peut, à ce point de vue, considérer ce nouvel exemple d'affection rhumatismale comme dépassant en intensité la plupart des faits de même nature. D'ailleurs il s'agissait ici d'une seconde atteinte, survenant quelques mois après une première série de manifestations fort sérieuses. En outre, le malade pouvait être regardé comme une victime de l'influence héréditaire, puisqu'il avait une grand'mère rhumatisante. Enfin les complications viscérales ne nous ont pas fait défaut, et nous avons eu à nous préoccuper tout à la fois de l'état du cœur et de l'état du péricarde.

L'existence d'un souffle se produisant dans le premier temps, avec un maximum correspondant à la pointe, indiquait clairement, dès le principe, une lésion mitrale. Les caractères du bruit permettaient de supposer une endocardite datant au moins de l'année précédente et, à cet égard, le jeune malade se rappelait que, pendant son premier séjour à l'hôpital, en 1887, il avait entendu dire que la cardiopathie

existait déjà. Le bruit morbide devint de plus en plus marqué pendant les premières semaines du séjour de C... dans mon service; puis il s'atténua notablement et, au moment de sa sortie, on pouvait le considérer comme ayant perdu la moitié de sa force. Il y eut donc, suivant toute vraisemblance, pendant cette seconde attaque de rhumatisme, une nouvelle poussée d'endocardite au niveau de l'orifice mitral, et peut-être même, pendant quelques jours, au niveau de l'orifice aortique et de ses valvules. Mais le frottement superficiel, constaté pendant plusieurs jours, à différentes reprises, à la région précordiale et bien distinct du souffle dont il vient d'être question, me permet d'affirmer que le péricarde n'a pas échappé à l'action de la maladie.

Je n'insisterai pas sur la médication dont j'ai fait usage; j'ai prescrit le salicylate de soude dont je me sers presque toujours en pareille circonstance, et que tous mes petits malades ont accepté sans répugnance jusqu'à ce jour. On ne saurait trop, à mon sens, recommander ce médicament qui, vis-à-vis du rhumatisme articulaire infantile, me semble préférable à tous les autres, mais dont je n'élève jamais la dose à plus de cinq à six grammes par jour, au-dessous de quinze ans. Je n'irai pas jusqu'à dire, à l'exemple d'Archambault, qu'il prévient les complications; mais je suis convaincu qu'aucun autre moyen thérapeutique ne fait disparaître plus promptement la douleur et la tuméfaction des jointures.

Bien que le petit C... nous ait quitté amplement débarrassé de toute sensibilité et de toute fluxion articulaire, il ne doit pas être considéré comme guéri à tout jamais. On peut être presque certain qu'il sera repris, plus d'une fois, des accidents qui l'ont déjà amené, deux années de suite, à l'hôpital; en outre, il est atteint d'insuffisance mitrale, atténuée dans le moment actuel, mais qui, ultérieurement, ne trouvera que trop d'occasions de s'accentuer davantage. Aussi, sommes-nous obligés de formuler, relativement à la santé future de ce jeune garçon, des prévisions très peu favorables.

Embarras gastrique hyperthermique. Traitement par le naphtol (1),

Par le Dr J. Comby,
Médecin des hôpitaux.

J'ai l'honneur de présenter à la Société clinique une courte observation d'embarras gastrique fébrile dont la guérison subite a coïncidé avec l'emploi du *naphtol* β (à la dose de 2 gr. 50 par jour), conseillé par M. le professeur Bouchard comme un bon agent d'antisepsie intestinale.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Il s'agit d'un homme de 21 ans, peintre en bâtiments, ayant eu jadis une colique de plomb, mais n'étant plus exposé à l'intoxication saturnine depuis plusieurs mois.

Cet homme, qui entrait à l'hôpital Broussais le 6 février 1888, était malade depuis cinq jours seulement : il avait de la courbature, de la céphalée, de la fièvre, tous phénomènes assez accusés pour le maintenir au lit.

Le facies exprimait un peu d'abattement, la langue était saburrale, et le ventre était douloureux à la pression, surtout au niveau de la fosse iliaque droite. Cependant, il n'y avait pas de diarrhée, il existait plutôt de la constipation.

L'auscultation de la poitrine révélait quelques sibilances disséminées ; le malade toussait un peu, mais n'expectorait pas.

Au moment de l'entrée et dans les jours qui suivirent, on chercha vainement la présence des tâches rosées lenticulaires.

Le soir de l'entrée à l'hôpital, la température axillaire était de 39,4, le lendemain elle montait à 40,4 le matin, à 40,9 le soir; le surlendemain elle atteignait 40,5 le matin, 41,2 le soir.

En présence de cette hyperthermie sans rémissions accusées, j'hésitais à porter un diagnostic ferme, mais je penchais vers la fièvre typhoïde.

Je prescrivis dès le début deux verres d'eau de Sedlitz et des affusions froides, la limonade vineuse et le régime lacté. Les urines étaient colorées, mais assez abondantes, elles ne contenaient pas d'albumine.

Le 7 février, voyant que l'hyperthermie ne disparaissait pas, j'essayai de faire de l'antisepsie intestinale. M'inspirant des recherches de M. Bouchard, je prescrivis de donner au malade, en 15 paquets (un par heure), un mélange de *naphtol* β (2 gr. 50) et de sucre en poudre (10 gr.). Le premier paquet fut donné à dix heures du matin, alors que la température était de 40,5, et le dernier paquet à minuit.

Dès le lendemain matin, 8 février, la température axillaire, qui avait atteint le soir 41,2, tombait brusquement à 37,2 et le malade accusait un soulagement très notable. Le naphtol fut continué à la même dose pendant cinq jours et la guérison fut définitive.

La température ne dépassa plus 37,5 le soir, sauf le 9 février où elle atteignit 38,3.

Ce même jour, le malade eut une épistaxis peu abondante qui se renouvela le lendemain et qui fut accompagnée de sueurs, phénomènes qu'on pourrait qualifier de *critiques*.

J'ajouterai que l'embarras gastrique hyperthermique dont je viens de vous entretenir, n'était pas absolument accidentel. Le malade était dyspeptique, il avait de la dilatation de l'estomac et portait,

aux deuxièmes phalanges des doigts, à un degré très marqué, les nodosités osseuses que M. Bouchard a le premier étudiées et dont il a fixé la valeur séméiologique.

Il y avait donc, chez cet homme, une prédisposition manifeste à cet embarras gastrique dont les allures avaient été si inquiétantes.

Il est certain que la fièvre typhoïde, à laquelle j'avais songé tout d'abord, n'était pas en cause. Il ne me semble pas moins certain que l'état fébrile avait sa source dans le tube digestif.

En essayant de réaliser, à l'aide du naphtol, l'antisepsie intestinale, n'avons-nous pas mis un terme à ces putréfactions gastro-intestinales dont l'influence pathogénique a été si lumineusement exposée par M. Bouchard?

Faut-il ne voir dans ce fait qu'une simple coïncidence? Je n'oserais, pour ma part, répondre catégoriquement à cette question.

Quoi qu'il en soit, j'ai donné assez souvent le naphtol dans les états fébriles que j'ai eu l'occasion de traiter à l'hôpital Broussais. Je l'ai également prescrit dans un cas de mal de Bright avec urémie, dans un cas de cancer de l'estomac; il a été mal toléré chez ces deux derniers malades et n'a eu aucun effet.

Dans un autre cas d'embarras gastrique fébrile, accompagné de vomissements bilieux incessants, le naphtol a fait merveille; les vomissements ont cessé et le malaise général (courbature, céphalalgie, fièvre) a promptement disparu. Il est vrai que la température vespérale n'avait pas dépassé 39° et que les rémissions matinales avaient été plus accusées que dans le premier cas.

Mais le naphtol, pris sans dégoût et bien toléré, a pu être continué pendant huit jours sans aucun inconvénient. Voilà donc un médicament inoffensif, d'un emploi facile, d'une efficacité presque certaine, dont M. Bouchard a enrichi la thérapeutique.

Il me semble que l'antisepsie intestinale en général et l'antisepsie par le naphtol en particulier doit être tentée dans ces états morbides qui, comme l'embarras gastrique, paraissent dépendre des putréfactions anormales qui se passent dans le tube digestif.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 *mai* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre du ministre de l'instruction publique relative à la récente discussion de l'Académie de médecine sur la prophylaxie publique de la lèpre ; 2° une lettre de M. Prengrueber, médecin de colonisation à Palestro, envoyant le tableau des vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées en Algérie.

A propos du procès-verbal, M. Dujardin-Beaumetz montre que le nom d'analgésine, proposé par M. Bourgoin pour remplacer celui d'antipyrine, a déjà été appliqué à d'autres préparations magistrales. Un médecin d'Auvergne exploite depuis quelques années, sous le nom d'analgésine, un mélange destiné à être injecté sous la peau.

M. *le Président* annonce qu'à la fin de cette séance l'Académie se réunira en comité secret pour entendre le rapport de M. Marty sur les candidats dans la section de pharmacie, et qu'elle se réunira de nouveau en comité secret, à la fin de la séance prochaine, pour entendre le rapport de M. Blanche sur les candidats au titre d'associé libre.

Discussion sur la lèpre. — M. *Le Roy de Méricourt* discute les conclusions du rapport de M. Besnier sur l'important travail de M. le professeur Leloir, de Lille.

M. Le Roy de Méricourt ne lit qu'une partie de son travail et continuera dans la prochaine séance. Nous résumerons alors sa communication.

De la méco-narcéine. — M. *Constantin Paul* répond à la communication faite dans la dernière séance par M. Laborde. Claude Bernard déjà avait employé la narcéine en injections sous-cutanées et disait en obtenir les meilleurs résultats; il la considérait comme la meilleure substance soporifique de l'opium. Les espérances de Claude Bernard ne se sont pas réalisées. Claude Bernard avait fait une solution de 1 pour 20; Debout avait fait faire un sirop. Dans les deux cas, la narcéine paraissait très soluble. Mais une fois cette singulière narcéine très soluble épuisée, on ne la vit même plus figurer dans le codex. Le codex se borne à dire que la narcéine exige 1,285 fois son volume d'eau pour se dissoudre.

M. C. Paul a cherché en vain à se procurer de la narcéine; il y en a à peine un pour mille dans l'opium; et même la plupart des chimistes ne peuvent en retirer que 4 ou 5 centigr. par kilogramme d'opium.

M. Laborde apporte-t-il l'ancienne narcéine soluble? Il a apporté un produit mal défini; il a négligé de dire dans quelle proportion on la retirait de l'opium. Une fois la petite quantité préparée par M. Duquesnel épuisée, ce qui sera l'affaire de quelques jours ou de quelques heures, que donneront les pharmaciens si les praticiens se mettent à prescrire la narcéine?

Au point de vue scientifique la question n'est pas du tout tranchée, la méco-narcéine n'est nullement un produit défini. Au point de vue expérimental, les efforts de M. Laborde sont très louables, mais au point de vue de la pratique, nous n'avons pas un médicament, nous n'avons qu'un curieux produit de laboratoire.

M. *Laborde*. Nous avons obtenu un produit très défini que tous les chimistes peuvent obtenir, le procédé est décrit en toutes lettres. Ce produit est la narcéine totale à laquelle est adjoint un ensemble d'alcaloïdes qui en facilitent la dissolution ; on sait déjà que les alcalis favorisent la solubilité de la narcéine. J'ai donc apporté un produit pratique. Si vous voulez voir résumé le tableau de l'action de cette substance, vous retrouverez ce point dans Claude Bernard, avec la reproduction de ses expériences sur les jeunes animaux. J'ai la prétention d'apporter le meilleur produit opiacé, celui qui est le moins nuisible pour les malades. Je crains donc que M. C. Paul ne se méprenne considérablement et ne vienne nuire aux malades en empêchant l'emploi d'un médicament qui peut leur être très utile et qui, je le répète, peut être préparé par tout le monde. On ne peut nullement en faire un monopole. Ce produit peut être d'un grand secours en thérapeutique et peut se substituer aux autres alcaloïdes de l'opium.

M. *C. Paul*. Dans ce produit il y a de la narcéine, mais quand on extrait la narcéine, il reste un produit qui n'agit plus. Il est impossible de dire ce qu'il y a en plus de la narcéine comme nature chimique et comme quantité.

M. Duquesnel a loyalement publié sa formule, mais l'opération est tellement complexe, le nombre des variétés d'opium est si considérable que ce procédé ne peut pas être à la portée de tous les chimistes.

DU VERTIGE DES FUMEURS. — *M. Lagneau* lit un rapport sur la récente communication de M. Decaisne et conclut à ce que l'on adresse à l'auteur des remerciements.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITEMENT DE QUELQUES FORMES DE MALADIES VALVULAIRES DU CŒUR, par *Arthur-Ernest Sansom* (2e édit., Londres, 1886).

Ce petit livre renferme trois leçons faites à la Société médicale de Londres et publiées la première fois en 1883. L'auteur en publie une deuxième édition conforme aux connaissances nouvellement acquises sur la pathologie et la thérapeutique des maladies du cœur. Depuis 1883, il y avait, en effet, à tenir compte de l'ouvrage considérable du Dr Byrom Bramwell et du travail du professeur Œrtel, des travaux de Orth, Osler, etc., sur l'endocardite ulcéreuse et sa relation avec les formes ordinaires de l'endocardite rhumatismale.

La première leçon est consacrée à l'endocardite ; l'auteur en commence l'étude par l'anatomie pathologique et admet sous ce rapport

quatre formes d'endocardite, une forme exsudative, une forme fibreuse ou scléreuse, une forme consécutive à l'endocardite, une forme ulcéreuse dans laquelle les micro-organismes sont des éléments constants. Après l'histoire symptomatologique de l'endocardite, l'auteur insiste surtout sur ses associations morbides avec le rhumatisme, avec les fièvres éruptives comme la rougeole et la scarlatine, avec la diphtérie, la fièvre typhoïde, la septicémie, l'ostéomyélite aiguë, la fièvre intermittente. Des pages intéressantes sont consacrées à la pathogénie de l'endocardite et à la nature de ces associations pathologiques. L'auteur aborde ensuite le traitement; c'est, comme on voit, un chapitre complet de pathologie.

L'insuffisance mitrale constitue une deuxième leçon dans laquelle l'auteur, après quelques développements sur l'anatomie pathologique, divise l'affection en quatre groupes cliniques : l'insuffisance peut exister dans l'anémie simple ou pernicieuse, comme névrose du sympathique cervical, dans le cours de certaines fièvres, dans le rhumatisme aigu ou subaigu. La partie consacrée au traitement est particulièrement développée et l'auteur y traite des indications de la digitale, de la saignée, de la caféine, de la convallaria maïalis, de la belladone, de la morphine, de l'uréthane et de la paraldéhyde.

Passant au traitement hydrominéral et hygiénique, M. Sansom n'admet les principes de Œrtel qu'avec de grandes restrictions. La troisième « lecture » traite du rétrécissement mitral, de ses signes physiques, de sa pathogénie, de sa marche et de son traitement, enfin de ses complications. L'auteur a joint à ses leçons quelques tracés sphygmographiques qui en augmentent encore l'intérêt.

L. Jumon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 21 au 26 mai 1888.

Mardi 21. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Laboulbène, Quenu, Brun. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Bouchard, Polaillon, Poirier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ball, Legroux, Joffroy. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Peter, Fernet, Hanot. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Proust, Hutinel. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Le Fort, Charpentier, Peyrot. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Richet, Panas, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Cornil, Dieulafoy, Troisier.

Mercredi 23. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Ollivier, Reynier, Jalaguier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Déjerine. — 3e examen, doctorat, (1re partie) (1re série) : MM. Lannelongue, Marc Sée, Kirmisson. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Trélat, Reclus, Segond. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Raymond, Pouchet. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Guyon, Delens, Pinard. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Potain, Landouzy, A. Robin. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Damaschino, Straus, Chauffard.

Jeudi 24. — Médecine opératoire : MM. Le Fort, Peyrot, Quénu. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle Ecole pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Ball, Cornil, Bouilly. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Duplay, Polaillon, Hutinel. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie (3e série) : MM. Panas, Schwartz, Poirier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Quinquaud. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Richet, Maygrier, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Troisier. — 4e examen, doctorat : MM. Brouardel, Bouchard, Legroux.

Vendredi 25. — Médecine opératoire : MM. Marc Sée, Reynier, Jalaguier. — Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*Ecole-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Delens, Rémy, Brissaud. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Gariel, Ch. Richet, Raymond. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Guyon, Budin, Segond. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Landouzy, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Fournier, Straus, A. Robin.

Samedi 26. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Laboulbène, Campenon, Quenu. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Panas, Mathias-Duval, Ballet. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Bouchard, Peyrot, Poirier. — 4e examen, doctorat : MM. Ball, Dieulafoy, Hutinel.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 24, à 1 heure. — M. Lemarinier : La transmission de la variole et l'isolement des varioleux dans les hôpitaux. *Président* : M. Proust. — M. Bobinet : Tuberculose pul-

monaire consécutive à la fièvre typhoïde. *Président* : M. Proust.

Vendredi 25, à 1 heure. — M. Duvel : Essai sur la maladie de Dupuytren. *Président* : M. Trélat. — M. Œconomou : Contribution à l'étude de la varicelle (spécificité non-inoculabilité). *Président* : M. Damaschino.

Samedi 26, à 1 heure. — M. Bellamy : Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général, et du plancher buccal en particulier (avantage des sections osseuses). *Président* : M. Richet. — M. Yersin : Étude sur le développement du tubercule expérimental. *Président* : M. Cornil.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 4 juin 1888, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, du lundi 30 avril au samedi 26 mai 1888 inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1888 leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1892.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 juin 1888, à midi et demi à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, tous les jours, du lundi 7 mai au samedi 2 juin 1888 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1888 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1868.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 9 mai 1888, est nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur, pour prendre rang du 30 avril 1888 : Mme Éloy (Marie-Monique-Florence), sœur de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure des sœurs attachées à l'hôpital de la marine à Rochefort; quarante-neuf ans quatre mois de service. — A toujours fait preuve du plus grand dévouement depuis trente et un ans qu'elle occupe ce poste.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 59. SAMEDI 19 MAI 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[...]AYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

[...]r ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
[...]rages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.


APPAUVRISSEMENT DU SANG
ANÉMIE, CHLOROSE
PYROPHOSPHATE DE FER
ROBIQUET
Approuvé par l'Académie de Médecine
Recommandé contre la Scrofule, Rachitisme, Glandes, Tumeurs, Irrégularités du Sang, Pâles couleurs, Pertes, etc. — On l'emploie en Pilules, Dragées ou Sirop (3f), Solution (2f50), et Vin (5f), au choix des malades.
VIN DE BELLINI
AU QUINQUINA ET COLOMBO
Ce Vin fortifiant, fébrifuge, antinerveux guérit les affections scrofuleuses, fièvres, névroses, diarrhées chroniques, pâles couleurs, etc. — Prix : 4f.
DETHAN, Phien, à Paris, rue Baudin, 23, et pr. Pharmacies.

35e Année. — Tome I. N° 59 Samedi 19 Mai 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

Quelques remarques sur les lésions valvulaires du cœur, sans troubles fonctionnels.

C'est un fait connu de tous que certaines affections cardiaques peuvent se manifester exclusivement par des signes physiques et sans troubles fonctionnels. Du moment que la lésion ne retentit ni sur la santé générale ni sur la fonction des organes, elle doit être découverte à l'occasion d'une affection étrangère, d'un trouble passager par l'examen voulu, intentionnel du cœur. Sir Andrew Clark, dans l'espace de treize ans, a compté 683 cas de ces lésions valvulaires que le professeur Sée classé sous la dénomination de type physique valvulaire. Dans le relevé de ses observations, le médecin anglais exclut tous les cas de simple murmure, tous les bruits inconstants et intermittents, les bruits de l'aire tricuspide et pulmonaire, enfin les cas où il existe quelque symptôme objectif ou subjectif d'une maladie du cœur. Il estime que le nombre peut être porté à mille en comptant les observations que les circonstances ont empêché de noter. Un tel chiffre porte à penser qu'il existe un nombre considérable de personnes atteintes de lésion valvulaire chronique et qui non seulement n'en ressentent aucun symptôme, mais sont capables de se livrer à toutes les occupations de la vie commune.

Les malades viennent consulter, dans la grande majorité des cas, pour des symptômes dyspeptiques, puis pour le rhumatisme, les troubles nerveux, la bronchite, la goutte, l'eczéma, enfin pour les maladies les plus variées, sans rapport aucun avec la lésion cardiaque ; sur les 683 personnes, 326 souffraient de troubles digestifs, 134 de troubles nerveux, 61 d'affections rhumatismales, 47 de maladies de l'appareil respiratoire, 30 d'affections cutanées, 23 de la goutte.

Les faits de cette nature sont assez nombreux et importants pour en justifier l'étude complète, dans l'intérêt de la médecine pratique.

Cette étude ne peut se faire que par l'histoire des antécédents de famille, des particularités morbides et des habitudes des malades : c'est donc surtout au praticien que se recommandent ces recherches, car le médecin consultant ne peut pas étudier à son aise les cas de ce genre.

Après avoir cité quelques cas typiques de lésions cardiaques sans symptômes, Sir Andrew Clark se demande quelles conclusions il est permis de tirer de ces faits, surtout pour le pronostic et le traitement des maladies du cœur. Mais nous ignorons encore une foule de conditions qui influent sur la marche de l'affection, telles que les habitudes, le genre d'occupation, le milieu ; pourquoi, dans un cas, la lésion reste-t-elle silencieuse, tandis qu'elle provoque des symptômes plus ou moins pénibles et même la mort dans un autre ?

Toutes les personnes examinées avaient une bonne santé, menaient une vie assez réglée ; le myocarde et les vaisseaux étaient sains, la circulation régulière, et il n'y avait pas de tendance particulière au rhumatisme ou aux affections catarrhales. Cependant, dans certains cas d'insuffisance mitrale, bien qu'il n'y eût aucun symptôme de maladie du cœur, les battements étaient très irréguliers et les patients étaient des personnes nerveuses.

Il est quelques conditions, d'ailleurs, qui favorisent l'absence de symptômes et font que les lésions cardiaques ne donnent pas lieu à leurs conséquences habituelles. C'est l'observance des lois de la santé, une vie simple, régulière et modérément active, un lever matinal, la tranquillité d'esprit et l'empire sur soi-même, des repas réguliers, nutritifs et peu abondants, une modération extrême dans l'usage du thé, du café et des liqueurs, la tempérance, l'abstention de tout effort, de tout exercice violent, de toute tension prolongée de l'esprit.

Les conditions, au contraire, qui favorisent les conséquences des lésions valvulaires sont nombreuses et faciles à comprendre. Quelques-unes agissent directement sur le cœur, d'autres sur un organe voisin ; toutes, une fois mises en action, ne s'arrêtent plus et poursuivent invariablement leur fâcheuse influence. L'irrégularité de la vie, les excès de table, l'abus des alcooliques, du café, du thé, du tabac, l'abus même des liquides inoffensifs, l'exercice insuffisant ou excessif, la vie sédentaire, les émotions faciles sont les principales d'entre elles. Pour beaucoup de personnes, ces recommandations paraîtront banales, mais leur importance résulte de leur action réelle, et, d'après Sir Andrew Clark, il n'y a pas de règle plus grosse de péril que celle qui consiste à boire et à manger selon ses désirs. Les conséquences n'en existent pas moins, pour n'être pas immédiates. Assurément, il arrive souvent que rien dans nos sensations ne nous

avertit de nos excès : celles-ci, au contraire, nous donnent la conscience d'une santé parfaite. Voyez, dit Sir Andrew Clark, ce jeune et bon vivant qui mange jusqu'à satisfaire entièrement son appétit et sa soif : sa figure replète et animée, ses manières vives, son entrain, son activité, le mépris même qu'il a de ces excès, tout fait de lui la personnification de la santé. Mais attendez et suivez-le, et, avant cinquante ans, une lésion cardiaque des artères athéromateuses, l'atrophie rénale, la sclérose du foie seront le prix des plaisirs qu'il ne croyait pas défendus. Mais comment savoir ce qu'il faut éviter, puisque les sensations et les désirs sont des guides trompeurs ? La question, en effet, insoluble par l'expérience ou le raisonnement personnels, ne peut être résolue que par l'observation collective en médecine, qui adapte à l'individu la loi de la race.

Étant donné, par exemple, un cas d'insuffisance mitrale, quelles seront les conditions, en supposant que le patient s'y soumette, qui lui permettront de vaquer aux occupations ordinaires de la vie, de contracter une assurance sur la vie, de se marier et de faire des projets pour l'avenir ? D'après Sir Andrew Clark, ces conditions sont : une bonne santé générale, des habitudes régulières, une prédisposition nulle aux affections rhumatismales et catarrhales ; une origine des lésions valvulaires indépendante de la dégénérescence ; l'existence depuis au moins trois ans des lésions sans modification, un myocarde sain, régulier dans son action ; des artères saines avec une tension normale dans les petits vaisseaux, une circulation libre du sang dans les veines cervicales, enfin l'absence de congestion pulmonaire, hépatique ou rénale.

Le pronostic varie naturellement selon les valvules atteintes et le caractère des lésions. Les sujets atteints, par exemple, d'une lésion des valvules aortiques peuvent vivre aussi longtemps que ceux qui le sont d'une maladie mitrale, mais les risques à courir pour une assurance sur la vie seront infiniment plus grands dans le premier cas que dans le second.

Voici enfin les conclusions par lesquelles Sir Andrew Clark résume ses nombreuses observations :

1° Il y a beaucoup de personnes qui, atteintes d'une lésion valvulaire chronique, sont mêlées à une vie active et qui néanmoins ont joui d'une bonne santé, sans symptôme cardiaque, et ont atteint un âge avancé.

2° Le bruit de l'insuffisance mitrale, si fréquent dans la chorée, disparaît le plus souvent huit ou neuf ans après l'attaque.

3° Les inflammations valvulaires et leurs effets qui se manifestent au cours d'un rhumatisme disparaissent quelquefois et ne laissent

alors aucune trace de leur existence passée, ce qui arrive surtout chez les jeunes gens et quelquefois dans l'âge mûr.

4° Les signes de lésions valvulaires dues à des altérations dégénératives dans l'âge mûr disparaissent rarement; ils s'atténuent quelquefois au point de permettre une guérison apparente complète lorsque des troubles respiratoires et circulatoires les ont accompagnés au début.

5° Il doit exister dans les antécédents, les habitudes, les occupations et le milieu des patients atteints de ces lésions des conditions qui développent dans un cas des troubles secondaires et les empêchent dans un autre; ce sont ces différences de conditions qu'il y aurait intérêt à connaître pour en faire l'application dans la pratique.

6° Pour que l'étude systématique et critique de ce sujet conduise à un résultat pratique, elle devrait être entreprise par un comité d'investigation collective assisté des praticiens expérimentés qui possèdent le savoir nécessaire pour mener ce travail à bonne fin.

7° Une enquête commune conduite avec patience et discernement étendrait grandement le cercle de nos connaissances en pathologie cardiaque et augmenterait les ressources de la thérapeutique.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

CINQ CAS DE LITHOTRITIE, par M. DOYEN (de Reims). RAPPORT. M. *Schwartz*. — Quatre cas ont trait à des hommes; un cas a été observé chez la femme et s'est terminé par la taille vésico-vaginale.

Pas de particularité à signaler chez les hommes.

La femme avait un calcul assez volumineux et irrégulier, ce qui faisait supposer la difficulté et même l'impossibilité de le broyer. M. Doyen a essayé de le briser : il n'a pu y parvenir et a été obligé d'abandonner la lithotritie; il a fait la cystotomie vésico-vaginale et n'a pas suturé.

Le rapporteur se demande pourquoi M. Doyen n'a pas fait tout de suite la cystotomie et pourquoi il n'a pas fait la suture immédiate, car sa malade conserve une fistule vésico-vaginale.

M. Doyen fait suivre ses observations de réflexions sur la pathogénie de la cystite. Il semble ne pas tenir grand compte de la propreté des instruments et de l'antisepsie; le rapporteur croit qu'il faut en tenir grand compte au contraire : les faits récents le prouvent.

La théorie microbienne du calcul est discutée par M. Doyen, qui a

essayé de faire des cultures avec le centre du calcul et n'a pas obtenu de résultats.

Quatre cas de castration chez la femme pour fibromes. M. Segond. — Après avoir fait l'historique de la question et montré la divergence d'opinions des auteurs sur la conduite à tenir dans les cas de fibromes utérins, M. Segond résume ses observations :

1° Femme de 26 ans, à qui il a fait la castration pour des crises dysménorrhéiques violentes, en septembre 1885.

2° Femme de 40 ans ; hémorrhagies profuses, castration en septembre 1885.

3° Métrorrhagies abondantes : opérée en mai 1886 ; perdue de vue après un an.

4° Hémorrhagies avec crises dysménorrhéiques : opérée en septembre 1887 ; suivie depuis huit mois.

J'insisterai surtout sur les indications dans nos quatre cas. Dans les observations I et IV, l'indication résidait dans les crises dysménorrhéiques.

Dans les deux autres, elle était dans les hémorrhagies abondantes.

En dépit de l'affirmation d'Hegar, qui dit qu'il faut, pour faire la castration, être certain qu'on doit pouvoir enlever les ovaires, j'estime que cette possibilité de l'ablation ne peut être faite que quand on a ouvert le ventre.

Dans le premier de mes cas, j'ai eu affaire à un fibrome enclavé dans le ligament large, dont l'ablation aurait été très grave : j'ai mieux aimé faire la castration ; je n'ai pu trouver qu'un ovaire.

Dans les deux cas hémorrhagiques où j'avais affaire à des fibromes de volume moyen, atteignant l'ombilic, j'ai fait la castration parce que c'était une opération simple, que les femmes étaient exsangues et qu'elles n'auraient pas pu peut-être supporter l'ablation de l'utérus.

Dans le quatrième cas, il s'agissait de petits fibromes interstitiels dont l'énucléation eût pu être incomplète, et difficile dans tous les cas, tandis que la castration était facile.

Le manuel opératoire a été simple.

Les suites immédiates n'ont rien donné de particulier. Chez la malade n° 2, les fils ont été enlevés le huitième jour ; où, trois heures après, cette femme a été prise d'un accès de toux, puis est tombée en syncope. On envoie chercher l'interne de garde qui a trouvé l'intestin déroulé hors de la cavité abdominale : il l'a replacé dans le ventre après l'avoir nettoyé, a refait des sutures et la malade a guéri.

La malade n° 1 est très bien. Le fibrome n'a pas fait de progrès. Les règles sont normales. Plus de douleurs.

Chez la malade n° 4, je fais des réserves. Elle n'a plus ses règles ni de douleurs ; mais, depuis deux mois, elle a des hématémèses.

Les malades 2 et 3 n'ont plus perdu une seule goutte de sang depuis l'opération. Les deux fibromes sont atrophiés. Chez les deux, le fibrome descend maintenant au ras du pubis.

Je n'insisterai pas beaucoup sur les indications : en général, il faut faire l'hystérectomie pour les gros fibromes.

Il est une considération sur laquelle j'insisterai : c'est la facilité plus ou moins grande d'ablation des ovaires. Or une castration n'est une bonne opération que si elle est facile à exécuter.

Chez les femmes épuisées, il vaut mieux faire la castration.

Dans le cas de fibromes enclavés, où l'hystérectomie sera difficile et où les ovaires sont difficiles à trouver et à enlever, la conduite à tenir est difficile à tracer : on fera l'opération qui paraîtra la plus facile et à difficulté égale on préfèrera l'hystérectomie.

M. *Terrier*. J'appuierai ce que dit M. Segond.

J'ai eu le même accident que M. Segond : une désunion de la cicatrice après enlèvement des sutures. La malade resta douze heures avec l'épiploon à nu. Elle était sous un pansement iodoformé. Je refis la suture. Or la température n'avait pas bougé.

Ainsi maintenant je n'enlève le huitième jour que les sutures profondes et je garde les sutures superficielles.

On a quelquefois une grande peine à enlever les ovaires. Dans un cas où je n'ai pas pu les enlever, j'ai fait des ligatures atrophiantes. Je ne sais pas ce que cela pourra donner, car la seule malade chez qui je l'ai fait est morte.

Quelquefois, il est difficile de pédiculiser l'ovaire, et on peut aussi quelquefois laisser des petits bouts d'ovaire.

La question des indications est trop complexe pour qu'on la discute ici.

M. *Bouilly*. J'ai fait huit fois la castration, quatre fois pour m'opposer à des hémorrhagies très graves.

Dans ces quatre cas, le but a été atteint d'emblée.

Dans deux autres cas, je l'ai faite pour m'opposer au développement de fibromes douloureux. Dans ce cas, le résultat a été remarquable : les fibromes se sont fondus pour ainsi dire.

Dans deux autres cas, j'ai fait la castration pour des douleurs et j'ai trouvé avec les fibromes des annexes malades atteintes de salpingo-ovarite.

Il m'a semblé qu'il y avait une relation entre les hémorrhagies et les lésions des annexes.

M. *Championnière*. J'appuierai les observations des précédents orateurs. Une indication qui n'a pas été signalée résulte de la situation sociale des malades : certains fibromes sont supportables pour

les malades aisées, qui ne le sont plus pour celles qui doivent travailler.

La désunion possible de la plaie nous impose la nécessité de laisser en place les sutures superficielles assez longtemps.

Depuis six mois, je fais la suture péritonéale séparée.

La castration unilatérale peut être nécessitée par des adhérences de l'autre ovaire. Je l'ai faite dans un cas avec succès. L'indication de la castration pour un gros fibrome est difficile : il serait bon d'avoir des observations datant d'assez longtemps pour savoir ce que deviennent ces gros fibromes après la castration.

Je suis porté à faire la castration, d'autant que je vois que l'ablation des fibromes est grave pour tous les chirurgiens.

Ses indications s'étendent de plus en plus.

M. *Auffret* (de Brest) lit une observation d'anévrysme faux consécutif de l'artère circonflexe humérale postérieure et une observation de luxation divergente du coude. P. BAZY.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 7 mai 1888.

La Société française d'ophthalmologie a ouvert son 6e congrès le lundi matin 7 mai, à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, 28 ; nous donnerons un rapide résumé des cinq séances qui ont eu lieu.

La première séance a été présidée par M. le Dr Vennemann, de Louvain.

EXTRACTION DES CATARACTES LUXÉES. — M. *Galezowski* propose d'enlever toujours les cristallins luxés. Il faut faire une incision périphérique mais située à 2 millimètres environ de la périphérie de la cornée, respecter l'iris qui s'opposera à la sortie du corps vitré et introduire une large curette de Daviel. Il ne faut opérer qu'après avoir attendu la résorption possible d'une partie des couches corticales. Dans quatre cas, avec ce procédé, M. Galezowski a pu obtenir un résultat très satisfaisant et une vision normale ; dans trois cas, au contraire, où il avait pratiqué l'iridectomie, les complications inflammatoires ont absolument compromis le succès.

DE LA DISCISION DE LA CATARACTE CONGÉNITALE. — M. *Fieuzal* fait la discision avec l'aiguille lancéolaire coudée dans une seule séance sans courir le risque de luxer le cristallin.

OPÉRATION DE LA CATARACTE SECONDAIRE. — M. *Motais* (d'Angers) a adopté deux procédés à l'exclusion de tous les autres. Il a recours soit à l'iridectomie, soit à l'iridotomie, soit aux deux opérations combinées. L'instillation préalable d'atropine pendant deux jours

[Vi]ngt-cinquième année. — Tome I. N° 59. Samedi 19 Mai 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[De]lahaye et E. Lecrosnier
Place
[de] l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

[A]dresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
[L]es ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

Les affections des yeux et les hopitaux marins. — M. *Dianoux* proclame les excellents résultats obtenus à l'hôpital de Pen-Bron situé dans une île en face du Croisic, en particulier dans la conjonctivite granuleuse et dans la kératite interstitielle.

De la sclérotomie équatoriale. — M. *Masselon* se borne à une simple ponction transversale de la sclérotique, un peu en arrière du cercle ciliaire, à la partie inférieure et externe. Il suffit pour cela d'une aiguille à cataracte. Cette ponction doit généralement être répétée plusieurs fois.

Actuellement les points suivants semblent établis :

1° La ponction sclérale s'impose dans tous les cas de glaucome où l'iridectomie, trompant notre attente, stimule la marche de l'affection et tend à lui donner une tournure aiguë. Grâce à cette opération, un certain nombre d'yeux pourront être sauvés, et le résultat sera d'autant plus heureux que l'on tardera moins à agir ;

2° Dans le glaucome absolu, alors que l'on se propose surtout de faire cesser les douleurs et de s'opposer à la désorganisation progressive de l'œil, le but sera plus sûrement atteint par une ou plusieurs ponctions sclérales que par l'iridectomie.

M. *Parinaud* se borne de même à faire la paracentèse de la sclérotique, croyant qu'il faut faire subir à cette membrane le moins de traumatisme possible. Il fait deux ponctions à angle droit l'une sur l'autre formant une petite plaie angulaire en piqûre de sangsue ; ces petites plaies donnent des résultats extrêmement durables.

M. *de Wecker*. Ces ponctions ont été faites pour la première fois par Mackenzie ; elles ont été répétées il y a plusieurs années par M. Le Fort. Ces ponctions donnent également de très bons résultats dans le kératocome.

De l'opération du strabisme. — M. *Abadie*. Je me propose d'étudier les perfectionnements apportés à l'opération du strabisme grâce aux méthodes opératoires nouvelles et à l'emploi de la cocaïne.

Pour limiter le champ de la discussion, je ne parlerai ici que des cas les plus nombreux, les vrais strabismes constituant une difformité réelle et pour lesquels nous sommes le plus souvent consultés.

Si la déviation est assez forte et dépasse 3 à 4 millimètres, il est avantageux de combiner le reculement du muscle rétracté avec l'avancement de l'antagoniste. Cette combinaison offre plusieurs avantages. L'avancement du muscle antagoniste augmente sa puissance et s'oppose ainsi aux récidives. La correction obtenue est aussi grande qu'on le désire sans qu'il en résulte ni insuffisance du muscle primitivement rétracté, ni projection du globe oculaire en avant. Grâce en effet aux fils de suture qui traversent la capsule de Tenon et qui brident pour ainsi dire le globe oculaire, nous le

maintenons dans la position rectifiée qu'il doit occuper sans nous exposer à la moindre exophthalmie.

Je m'étonne d'entendre encore parler aujourd'hui avec tant d'insistance des moyens orthoptiques de guérir le strabisme.

En supposant même que les exercices optiques donnent un résultat positif, ce qui n'arrive que dans l'infime minorité des cas et au bout d'un temps fort long, comment ne pas leur préférer une opération simple, n'offrant aucun danger, pouvant être exécutée sans aucune douleur et qui nous donne le résultat voulu immédiatement.

Ceux qui prescrivent les exercices optiques prétendent obtenir d'abord l'amélioration de l'acuité visuelle de l'œil dévié puis, par les épreuves stéréoscopiques, le rétablissement de la vision binoculaire.

Je ne crains pas d'affirmer que tout cela est purement théorique et absolument contraire à ce que nous montre la pratique.

Dans l'amblyopie congénitale si fréquente sur l'œil devié, les exercices visuels les plus assidus n'augmentent que dans une très faible mesure l'acuité visuelle et l'on peut hardiment affirmer que le gain obtenu ne vaut certainement pas l'ennui et la perte de temps considérable qu'on impose au malade.

Avec l'opération au contraire et la possibilité de graduer comme nous l'entendons le reculement ou l'avancement des muscles, nous arrivons à mettre de suite en harmonie la position des lignes visuelles, et si l'œil droit redressé possède une bonne acuité, la vision binoculaire est parfaite.

La preuve éclatante de ce que j'avance nous est fournie par les strabismes paralytiques ou d'origine traumatique qui, survenant sur des yeux normaux, s'accompagnent d'une diplopie très gênante. Or, ces strabismes, nous les opérons comme les autres, et une fois bien opérés la diplopie disparaît complètement. N'est-ce pas le critérium absolu du rétablissement de la vision binoculaire.

M. *de Wecker* ne voit pas que les excercices stéréoscopiques soient inutiles, au moins dans les cas de strabisme alternant quand l'acuité visuelle est bonne des deux côtés.

M. *Landolt* insiste sur les nombreux cas de rétablissement de la lésion binoculaire qu'il a obtenus au moyen des exercices orthoptiques.

M. *Motais*. Chez certaines personnes atteintes de strabisme, on peut constater, au début, une acuité visuelle parfaite de l'œil dévié, puis cet œil devient de plus en plus amblyope à mesure que le strabisme devient plus ancien. Les exercices orthoptiques dans ces cas peuvent donc être excellents.

M. Motais préfère l'avancement capsulaire à l'avancement musculaire qui ne réussit pas toujours.

M. *Galezowski* croit également qu'il faut insister sur les exercices

orthoptiques. Il croit que, dans beaucoup de cas, l'avancement capsulaire est une simple illusion et qu'il ne réussit que lorsqu'on a coupé des fibres musculaires.

M. *de Wecker* ne veut pas répondre aujourd'hui à M. Galezowski au sujet de l'avancement capsulaire, parce que la question n'est pas à l'ordre du jour.

Quant à ce que dit M. Landolt, que les exercices orthoptiques peuvent rétablir la vision binoculaire, même dans les cas de forte amblyopie, cela est absolument erroné : on n'arrive à rétablir la vision binoculaire que dans les cas où la vision est suffisante sur les deux yeux.

M. *Meyer*. Il ne faut pas confondre l'obtention de la vision binoculaire, ce qui est facile dans beaucoup de cas, avec l'influence de cette vision binoculaire sur la position définitive des yeux.

M. *Abadie* ne nie pas l'influence des exercices orthoptiques du début du strabisme, mais il soutient que, dans le strabisme définitif et permanent, on n'arrive pas avec les exercices orthoptiques à rétablir l'acuité visuelle de l'œil dévié et qu'il faut absolument recourir à une opération.

La séance est levée.

A. CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé au grade de chevalier, M. le Dr Plumeau, de Bordeaux.

— Les ateliers de l'imprimerie étant fermés le lundi de la Pentecôte, le prochain numéro ne paraîtra que le jeudi 24 mai.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 6 *au* 12 *mai* 1888. — Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 6. — Rougeole, 14. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 50. — Phthisie pulmonaire, 201. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48.

Méningite, 44. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 40. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 8. — Maladies organiques du cœur, 73.

Bronchite aiguë et chronique, 64. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 103.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 45.

Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 192. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 1027. — Résultat de la semaine précédente : 1019.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

...UIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 60. JEUDI 24 MAI 1888.

LA ...RANCE MÉDICALE

...EAUX ...onne chez ...et E. LECROSNIER ...Place ...-de-Médecine ...ARIS

Paraissent le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...e qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...es remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. — N° 60 Jeudi 24 Mai 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 23 mai 1888.

M. Le Roy de Méricourt a terminé hier la lecture de l'important travail qu'il avait écrit en réponse au rapport de M. Besnier sur la lèpre. M. E. Besnier est contagionniste, M. Le Roy de Méricourt au contraire nie absolument la contagion. Possédant sur cette question des renseignements de sources très diverses, il a passé en revue ce qui se passe dans tous les pays où sévit la lèpre et il a cherché à montrer que, dans les régions où l'épouvantable maladie fait le plus de ravages, ces progrès tiennent non à la contagion, mais à diverses autres causes, comme la syphilis, la variole, l'alcoolisme et autres produits de notre bienfaisante civilisation.

La discussion doit s'ouvrir dans la prochaine séance sur le rapport de M. Besnier et la réponse de M. Le Roy de Méricourt.

M. Percepied a continué au Mont-Dore la recherche des microbes qui pullulent dans nos eaux minérales et qui, d'ailleurs, n'en empêchent nullement l'action curative. M. le professeur Hergott, de Nancy, a rapporté une observation de fistule vésico-utéro-vaginale avec mortification de l'uretère gauche terminée par la guérison, et M. Brouardel a résumé, d'après quelques médecins de Chypre, la relation d'une épidémie de méningite cérébro-spinale dans laquelle la diméthyloxyquinizine paraît avoir donné les meilleurs résultats.

En comité secret, M. Blanche a lu son rapport sur les candidats au titre d'associé libre. La commission propose les candidats dans l'ordre suivant : en 1re ligne, MM. Magitot et Lereboullet ; en 2e ligne, M. Rivière ; en 3e ligne, M. Galezowski ; en 4e ligne, M. R. Blache ; en 5e ligne, M. Corlieu.

A. Ch.

CHIRURGIE

De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec les affections chirurgicales (1).

Note de M. Bazy, présentée par M. Bouchard.

Il existe entre la dilatation de l'estomac et certaines maladies infectieuses ou dystrophiques un lien étroit qu'ont bien indiqué le professeur Bouchard et, après lui, ses élèves.

De même, certaines affections ou lésions d'ordre chirurgical sont directement influencées par la dilatation de l'estomac.

Nous ne voulons pas dire que la dilatation gastrique crée ces affections de toutes pièces ou qu'elle donne directement lieu aux complications qui peuvent atteindre des lésions traumatiques : nous voulons simplement dire qu'elle en favorise singulièrement l'éclosion et qu'elle leur prépare un terrain favorable, en même temps qu'elle peut leur imprimer un cachet de gravité et même de malignité.

Nous pensons qu'à côté de l'alcoolisme, du diabète, de l'impaludisme, des affections des reins ou du foie, on peut placer la dilatation gastrique, et que celle-ci exerce sur l'organisme une influence aussi fâcheuse que les autres maladies précitées.

Nous résumerons ici brièvement cinq observations à l'appui de notre thèse. Nous aurions pu en réunir un plus grand nombre, mais nous n'avons voulu publier que celles où la dilatation de l'estomac pouvait jouer un rôle exclusif. Nous les diviserons en deux groupes : le premier comprend les observations où les accidents, les lésions sont nés en dehors de toute intervention chirurgicale ; le second, celles où il y a eu une intervention chirurgicale.

Premier groupe. — *Première observation.* — Elle peut se résumer en quelques mots. En mars 1883, je fus appelé par le docteur Hourlier de Montlignon pour voir un homme de trente-cinq ans, atteint d'une lymphangite grave de la jambe avec œdème énorme et état typhoïde très marqué, consécutive probablement à une écorchure du pied.

La cause de cette gravité exceptionnelle du mal nous échappa tout d'abord, et nous ne pûmes trouver dans les antécédents ni dans l'état présent du malade, d'après les renseignements qui nous furent donnés par l'entourage, aucune des conditions qui déterminent la malignité de cette affection. Ce n'est que quand le malade fut guéri, grâce à de larges débridements et à des cautérisations énergiques, que l'examen des différents organes fut possible.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Le professeur Bouchard, qui vit alors le malade, constata l'existence très nette d'une dilatation de l'estomac et la fit constater au Dr Hourlier, à l'exclusion de toute autre lésion.

Deuxième observation. — Celle-ci est relative à un homme de cinquante-six ans qui, à la suite d'une piqûre de la second phalange du pouce, dans un point où n'existe aucune gaine synoviale, eut une synovite suppurée des gaines du poignet, une arthrite suppurée du poignet, lésions qui nécessitèrent l'amputation de l'avant-bras.

Quand je recherchai la cause d'accidents si formidables pour une lésion en apparence aussi insignifiante et qui, théoriquement, eût dû ne donner lieu qu'à une lymphangite, je ne trouvai ni alcoolisme, ni diabète, ni lésion des reins ; je ne trouvai qu'une dilatation de l'estomac qui descendait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et débordait d'autant, à droite, la ligne médiane.

Troisième observation. — Il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, pour lequel je suis appelé en consultation en raison d'accidents gangréneux survenus du côté de la fesse et du côté du prépuce, et chez lequel nous ne trouvons ni diabète, ni endocardite; un peu d'albumine (0 gr. 75 par litre, sans antécédents rénaux). En revanche, nous constatons des troubles digestifs remontant à deux ans et une dilatation de l'estomac. Je noterai en outre chez ce malade l'apparition d'un purpura généralisé et intense, survenu une dizaine de jours avant sa mort.

DEUXIÈME GROUPE. — *Première observation.* — Un homme de quarante-six ans subit la dilatation forcée du sphincter anal pour des hémorroïdes qu'on avait considérées comme étant la cause de troubles gastro-intestinaux dont il se plaignait.

A la suite de la rétention d'urine qui nécessita plusieurs cathétérismes, l'un d'entre eux fut fait sans qu'on eût pris préalablement les précautions d'antisepsie usitées en pareil cas. Il en résulta un abcès de la prostate dont le malade guérit après maintes péripéties.

Le professeur Bouchard, qui vit le malade, constata et me fit constater l'existence d'une dilatation de l'estomac qui descendait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et débordait de quatre travers de doigt à droite la ligne médiane.

Deuxième observation. — Il s'agit d'un homme de trente ans atteint d'un rétrécissement très serré de l'urètre, chez lequel je dus pratiquer l'urétrotomie interne. Il avait en même temps une dilatation de l'estomac qui descendait à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic et débordait à droite la ligne médiane de deux travers de doigt.

Après l'ablation et la sonde à demeure, il eut un frisson ; j'étais prévenu et j'avais tout fait pour éviter un accident.

Cette Note a pour but de montrer que la dilatation de l'estomac peut coïncider avec certains états pathologiques antérieurs ou postérieurs à une intervention chirurgicale. Les faits qui précèdent me paraissent démontrer qu'il y a plus qu'une coïncidence, mais une relation. Cette conception, au demeurant, ne serait pas moins acceptable que celle qui établit des relations entre certaines lésions chirurgicales et le diabète, le paludisme, les affections des reins et du foie.

Je me résumerai en disant que la dilatation de l'estomac crée un milieu favorable à la culture des micro-organismes infectieux. Elle me paraît être une condition de malignité pour certaines maladies. Elle devra donc être recherchée dans tous les cas où l'on observera des phénomènes septicémiques.

Elle intéresse le chirurgien au même titre que le médecin ; elle devra être recherchée toutes les fois qu'on devra pratiquer une opération, et elle devra être préalablement traitée, afin de se placer dans les meilleures conditions possibles, à moins que cette opération n'ait un caractère d'urgence absolue. Dans tous les cas, une coïncidence semblable devra éveiller l'attention et nous mettre en garde contre l'éventualité d'accidents plus ou moins graves, et nous impose la nécessité de faire en même temps l'antisepsie gastro-intestinale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Boutin, médecin de 1re classe de la marine à Toulon, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans les arrondissements de l'ouest de la Cochinchine en 1887-1888 ; 2° une lettre de M. le Dr Triaire (de Tours), qui se porte candidat au titre de correspondant (2e division) ; 3° une lettre de M. le Dr Duché, de [illegible] (Yonne), qui se porte également candidat au titre de correspondant ; 4° un travail manuscrit de M. le Dr Masséna, médecin-inspecteur des enfants du premier âge de la circonscription de Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales), sur l'alimentation des nourrices en vue de la production du lait ; 5° un rapport manuscrit de M. le Dr Famechon, médecin-major de 2e classe, sur les vaccinations et revaccinations faites au 104e de ligne en 1886-1887 ; 6° une note manuscrite de M. le Dr Alvin (de Saint-Étienne), sur l'injection d'eau très chaude dans les fosses

nasales contre les épistaxis graves et sur l'emploi de l'éponge imbibée d'eau très chaude contre les bourrelets hémorrhoïdaux externes accompagnés de contractures douloureuses du sphincter.

ÉTUDE DES MICROBES CONTENUS DANS LES EAUX DU MONT-DORE. — M. le Dr *Élie Percepied* lit, sur ce sujet, un travail dont voici les conclusions :

Les eaux du Mont-Dore contiennent des microbes dont quelques-uns se retrouvent d'une façon banale dans beaucoup d'eaux minéralisées.

Ces micro-organismes paraissent être les mêmes dans toutes les sources.

Le nombre des microbes paraît aller en diminuant à mesure qu'on s'approche du point d'émergence de l'eau, en même temps que leur variété diminue.

L'expérience démontre qu'ils ne sont pas pathogènes.

ÉLECTIONS. — L'Académie procède à l'élection d'un titulaire dans la section de pharmacie.

Sur 75 votants, majorité 38, M. Moissan est élu par 55 voix contre 6 données à M. Quesneville, 4 à M. Guignard, 4 à M. Villejean, 3 à M. Beauregard, 1 à M. Vigier (Pierre), 1 à M. Yvon, et 1 bulletin blanc.

FISTULE VÉSICO-UTÉRO-VAGINALE. MORTIFICATION D'UNE PORTION DE L'URÉTÈRE GAUCHE. OPÉRATION. GUÉRISON. — M. *Hergott*, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, lit l'observation d'une femme de 34 ans, complètement guérie de la cruelle infirmité dont elle était atteinte depuis cinq ans. Cette observation est intéressante non seulement par la guérison, mais aussi par l'étendue de la perte de substance, par la mortification d'une portion de l'urétère droit, et la nécessité de dégager le bout de ce canal du tissu cicatriciel dans lequel il était englobé pour pouvoir lui permettre de rentrer dans la vessie avant de la fermer pour guérir l'incontinence.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE SURVENUE A NICOSIE DE CHYPRE. — M. *Brouardel* lit divers documents qui lui ont été envoyés par trois médecins de ce pays. Le fait important, c'est que l'antipyrine, administrée à la dose de 2 grammes par jour, a réussi beaucoup mieux que tous les autres modes de traitement et que, grâce à ce médicament, la mortalité ne s'est élevée qu'à 25 0/0. Tous les trois jours, de crainte d'intoxication par l'antipyrine, les médecins interrompaient ce traitement pour faire prendre aux malades de l'iodure de potassium et de la belladone.

DES CAUSES DE PROPAGATION DE LA LÈPRE. — M. *Le Roy de Méri-*

court continue la lecture qu'il a commencée dans la précédente séance.

On a cité comme preuve de la contagion ce qui se passe au Japon ; or, au Japon, la lèpre n'est ni infectieuse ni contagieuse au moindre degré et même l'idée d'isoler les lépreux n'y est venue à personne.

Aux îles Hawaï, la lèpre produit une mortalité effrayante, mais le poison vénérien contribue largement à diminuer rapidement la population de ce pays ; il faut d'ailleurs y ajouter la tuberculose, la variole, la rougeole et l'alcoolisme.

L'extension considérable de la lèpre aux îles Sandwich fournit un argument puissant aux contagionnistes, mais ils se gardent bien d'insister sur les conditions de la population qui, profondément modifiée dans ses mœurs, dans sa résistance vitale, fait passer une maladie endémique à l'état épidémique.

A la Trinidad, on a attribué l'augmentation des cas de lèpre dans l'île à l'introduction dans ces localités de la vaccination obligatoire. En admettant même la transmission du bacille de Hansen par la lymphe vaccinale, les vaccinations et revaccinations n'auraient pu jouer qu'un rôle fort restreint dans la propagation de la lèpre aux îles Sandwich, car, dès que les appréhensions sur ce point se manifestèrent, le vaccin animal fut substitué par ordre de la commission sanitaire au vaccin humain. Il est vrai qu'on aurait encore pu invoquer la contamination des lancettes.

M. Besnier, préoccupé de mettre en relief la transmission de la lèpre par contagion, tient trop peu de compte de l'hérédité.

M. Le Roy de Méricourt cite un certain nombre de léproseries dans lesquelles on n'observe de cas de lèpres ni parmi les directeurs, ni parmi les infirmiers. Il passe de même en revue ce qui se pratique dans tous les pays. Dans aucune des colonies françaises où il y a des lépreux, les Antilles, la Guyane, la Réunion, Pondichéry, la séquestration n'est rigoureusement appliquée. Il y a des asiles affectés aux lépreux, mais on n'y reçoit guère que des lépreux pauvres qui y entrent sur la demande des maires ou des familles.

Ce n'est donc qu'aux îles Hawaï que la séquestration est rigoureusement appliquée. Là comme partout, le plus grand obstacle à l'extinction de la maladie, c'est l'impossibilité d'empêcher la procréation entre lépreux ou entre un lépreux et un sujet sain.

La découverte du bacille spécifique ne peut atténuer la prépondérance du rôle accordé par l'immense majorité des observations à l'hérédité dans la propagation de la lèpre et, par suite, comme cause de sa pérennité. Cette découverte n'a jeté aucune lueur utile sur la mesure dans laquelle la transmissibilité s'exerce et sur les moyens prophylactiques à employer. Les mesures prophylactiques resteront

les mêmes avant comme après la découverte de Hansen et la lèpre, comme la tuberculose et la syphilis, continueront à peser lourdement sur l'humanité.

A 4 heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 26 mars 1888. — Présidence de M. Percheron.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La Société décide qu'une lettre de condoléances sera adressée en son nom à M. le Dr Brochin fils, à l'occasion de la mort de M. le Dr Brochin, un des membres fondateurs et ancien président de la société.

A propos du procès-verbal, *M. Depasse* fait remarquer que l'épidémie d'oreillons signalée par lui dans la dernière séance persiste toujours dans le quartier du Cherche-Midi.

M. *Le Bec* demande si l'orchite est souvent venue compliquer les oreillons.

M. *Depasse* n'en a vu qu'un seul cas chez un jeune homme venant d'un lycée.

M. *Schwartz* fait remarquer qu'il est reconnu aujourd'hui que l'orchite ourlienne est une complication du jeune âge et des adolescents. C'est ainsi que, sur les navires, quand il y a une épidémie d'oreillons, il est extrêmement rare de voir l'orchite ourlienne se déclarer.

M. le Dr Philbert signale le fait d'un jeune homme qui contracta les oreillons après avoir couché dans un lit où un autre malade atteint de la même maladie avait couché.

M. *Depasse* lit son rapport sur la candidature du Dr Génesteix.

M. *Guillier*. Les faits rapportés par M. le Dr Génesteix dans sa thèse, et que M. le Dr Depasse vient d'apprécier dans son rapport, je les ai vus se dérouler sous mes yeux dans le service de la maternité de l'hôpital de la Charité.

J'ai assisté plusieurs fois à l'*écouvillonnage de l'utérus* pratiqué par M. le Dr Doléris lui-même, alors qu'il remplaçait M. le Dr Budin à la Charité, et je dois dire que les résultats ne m'ont nullement porté à accepter une semblable méthode, comme méthode de choix.

M. *Le Bec*. J'ai été appelé, il y a quelque temps, par une sage-femme, près d'une jeune femme qui venait de faire une fausse-couche de trois mois, et dont la délivrance était incomplète.

Après trois ou quatre jours d'attente le placenta putréfié faisait hernie à travers le col.

Dans ces conditions je n'hésitai pas à faire le curage et le lavage de la cavité utérine.

La malade mourut avec tous les symptômes d'une embolie.

Appelé à nouveau dans une circonstance semblable, je n'hésiterais pas à faire le curage et n'attendrais plus aussi longtemps avant d'intervenir.

M. *Schwartz*. Je crois qu'il ne faut être absolu en rien et qu'il faut établir des distinctions.

Si les débris placentaires ne sortent pas, se putréfient et qu'il y ait danger, il faut agir et traiter comme s'il s'agissait d'un corps étranger. Dans des cas d'avortement j'ai fait le curage de l'utérus, parce que les membranes ne sortaient pas et que j'avais des craintes; mais de là à ériger en principe que l'on doive pratiquer l'*écouvillonnage* chez toute nouvelle accouchée, j'en suis absolument éloigné.

Il y a des indications, et chaque cas particulier nécessite une méthode appropriée.

Après l'échange de ces observations il est procédé au vote sur la candidature du Dr Génesteix, qui est élu à l'unanimité.

M. *Guillier*. Je viens communiquer à la Société un cas de septicémie aiguë terminée par la *pourriture d'hôpital* dans des conditions particulièrement intéressantes.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, primipare, de constitution délicate, vivant dans un milieu aisé, Mme X..., dont la grossesse a été bonne, accouche, le 6 mars, au matin, d'un enfant à terme et très bien constitué.

Le travail ne dura que quatre heures environ. La délivrance fut complète, placenta et membranes.

Pas de déchirures du périnée. Immédiatement après l'accouchement, injection vaginale avec la solution de sublimé à 1/2000.

Le 6 mars, au soir, fièvre. Température à 40°.

Le 7, au matin, même état.

Le 7, au soir, tout le vagin et la vulve sont recouverts d'un enduit grisâtre, sans odeur, adhérent à la muqueuse qui est rouge et saignante.

Le 14, notre malade mourait dans un état de décomposition épouvantable. Ce que dans les hôpitaux je n'avais jamais vu, il m'était donné de le voir dans un milieu aisé, propre, où tous les soins ont été pris, les précautions antiseptiques les plus minutieuses observées tant par moi que par les personnes de l'entourage ; en un mot, Mme X... succombait à la *pourriture d'hôpital*, le neuvième jour après son accouchement.

Je ne veux pas abuser de l'attention de la Société et entrer dans tous les détails relatifs aux pansements employés et au régime pos-

crit : sublimé en injections, grattage des fausses membranes, iodoforme, ouate iodoformée et au sublimé.

A l'intérieur : alcool, champagne. Tous ces soins avaient été réglés par mon maître et ami, M. le Dr Budin, qui avait bien voulu m'aider de ses conseils dans cette circonstance.

J'insiste cependant sur un point, c'est la rapidité foudroyante de l'infection.

D'où venait-elle ?

Nous avons fait notre examen de conscience, et nous nous sommes demandé si, malgré toutes les précautions prises, nous ne pouvions pas avoir apporté le germe du mal.

Je ne le pense pas ; d'abord, si nous étions les agents de la contagion, l'infection purulente ne serait apparue que vers le troisième ou quatrième jour, c'est ainsi que, généralement, la chose se passe. Dans le cas présent, la putréfaction commence vingt-quatre heures après l'accouchement.

Puis cet enfant que nous avons vu venir au monde plein de vie et bien constitué, que devient-il ?

Il meurt subitement, sans que l'on s'en aperçoive, le lendemain de sa naissance. Pourquoi cet enfant meurt-il subitement au milieu d'une bonne apparence de santé ?

Nous pensons que l'infection de la mère est antérieure à l'accouchement, et qu'au moment où l'enfant est né il était frappé de mort, empoisonné par le sang maternel.

J'ai cru qu'il était intéressant pour la Société, de connaître un fait aussi malheureux ; il porte d'ailleurs pour nous tous un grand enseignement, c'est que, quel que soit le milieu où l'on se trouve, quelles que soient les précautions antiseptiques que l'on prenne, il ne faut pas se croire complètement à l'abri de l'infection, qui peut, comme dans le cas présent, éclater au milieu d'une pleine sécurité.

Reste maintenant à connaître l'origine de l'infection.

C'est l'inconnu que je n'ai pas réussi à trouver.

M. *Schwartz*. Il ne faudrait pas croire que les cas d'infection purulente à marche très rapide soient absolument rares. Je me souviens d'une femme que j'avais amputée du sein et qui mourut de septicémie aiguë en quarante-huit heures.

J'appris qu'une personne du service avait touché au pansement après avoir fait l'autopsie d'une péritonite purulente.

Il ne faut donc pas croire que l'infection met toujours trois ou quatre jours à se produire.

M. *Le Bec*. A propos du fait de M. Schwartz, je citerai celui d'un homme à qui j'avais fait une résection du coude à l'hôpital Saint-Joseph. Le malade mourut d'infection purulente après un changement de pansement.

J'appris que le garçon qui faisait la salle avait fait le matin la salle d'amphithéâtre.

M. *Pruvost* rapporte l'observation d'une jeune accouchée qui a failli mourir dans des conditions assez curieuses.

Le troisième jour après l'accouchement, suppression des lochies.

On fait des lavages avec la solution de sublimé à 1/2000.

La fétidité apparaît avec fièvre périodique.

Les injections vaginales au sublimé sont continuées pendant douze jours.

M. Pruvost découvrit alors que le parquet était le siège d'une infiltration d'eau sous le lit de la malade, que les objets suspendus dans l'alcôve étaient couverts de moisissures, et qu'enfin le sommier du lit était absolument moisi.

M. Pruvost fit changer la malade de lit, et au bout de quelques jours elle était guérie de cet *état diphtéroïde* dû assurément à la présence des champignons des moisissures.

La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire général,
Dr GUILLIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 28 mai au 2 juin 1888.

Lundi 28. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Guyon, Segond, Brissaud. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Trélat, Rémy, Déjerine. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie 3e série) ; MM. Hayem, Reclus, Raymond. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (4e série) : MM. Damaschino, Marc Sée, Reynier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, A. Robin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Budin, Delens, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Ollivier, Landouzy.

Mardi 29. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Cornil, Bouilly, Poirier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Ball, Schwartz, Quenu. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Bouchard, Polaillon, Brun. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Joffroy. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. G. Sée, Proust, Hutinel. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Richet, Campenon, Charpentier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Panas, Duplay, Maygrier. — 5e exa-

men, doctorat (2e partie) Charité : MM. Jaccoud. Laboulbène, Troisier.

Mercredi 30. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Straus, Delens, Jalaguier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Déjerine. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Raymond. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Guyon, Pinard, Segond. — 3e examen, doctorat (1re partie) (2e série) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Reynier. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Landouzy, Chauffard.

Jeudi 31. — 2e examen, oral (1re partie) (1re série) : MM. Richet, Hanot, Brun. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Poirier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Polaillon, Bouilly, Quinquaud. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Le Fort, Panas, Charpentier. — 4e examen, doctorat (1re série) : MM. Brouardel, G. Sée, Ballet. — 4e examen, doctorat (2e série) : MM. Ball, Bouchard, Hutinel. — 4e examen, doctorat (3e série) : MM. Peter, Proust, Troisier.

Vendredi 1er. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Straus, Delens, Kirmisson. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Raymond, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Guyon, Pinard, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Lannelongue, Budin, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Fournier, Brissaud.

Samedi 2. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Duplay, Legroux, Schwartz. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Polaillon, Bouilly, Brun. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Panas, Campenon, Poirier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Quenu. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Richet, Peyrot, Charpentier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Fernet, Hanot. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Ballet.

Thèses pour le doctorat. — *Vendredi* 1er, à 1 heure. — M. Dubar : Sarcome ostéoïde. *Président* : M. Trélat. — M. Nodot : Indications opératoires dans les luxations anciennes du coude. *Président* : M. Trélat.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Un concou republic pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, sera ouvert le lundi 6 août 1888, à heures du soir, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, n° 17. MM. les candidats se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 25 juin jusqu'au lundi 16 juillet, inclusivement, de onze heures à trois heures.

Bureaux de bienfaisance. — Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Patenne, a voté la résolution suivante :

L'administration de l'Assistance publique est invitée à présenter au Conseil dans le plus bref délai un remaniement des circonscriptions médicales des bureaux de bienfaisance dans les arrondissements populeux.

École de médecine de Dijon. — Un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1888, à l'École de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

École de médecine de Rennes. — Un concours s'ouvrira, le 6 novembre 1888, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, à l'École de médecine de Rennes.

Conseil municipal de Paris. — Le Conseil, sur la proposition de M. Deville, vient de voter l'allocation d'une subvention de 500 francs pour l'érection d'un monument à Jacques Daviel, l'inventeur de l'extraction de la cataracte par le procédé qui, en France du moins, est généralement en faveur encore aujourd'hui.

Société d'oculistique de Paris. — Les médecins oculistes de Paris, sont convoqués pour ce soir mercredi, à 8 heures 1/2, à la mairie du 1er arrondissement, place du Louvre, à l'effet de constituer une Société d'oculistique de Paris.

Les oculistes qui par erreur n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de vouloir bien considérer le présent avis comme une invitation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, Libraires-Editeurs,
23, place de l'École-de-Médecine.

Traité complet d'ophtalmologie, par les docteurs L. de Wecker et E. Landolt. Anatomie microscopique par les professeurs A. Iwanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer, tome 4, deuxième fascicule, maladies du nerf optique, par L. de Wecker, 1 vol. in-8 avec 124 figures intercalées dans le texte. (Gratis pour les souscripteurs) Le 3e fascicule et dernier paraîtra fin septembre. Prix du tome IV, 17 fr.

Prix de l'ouvrage complet, 4 forts volumes in-8, avec 950 figures dans le texte, 68 fr.

Lavages de l'estomac par les eaux minérales de Vals, par le docteur Lafosse; in-18, 0 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

NE ANNÉE. — TOME I. N° 61. SAMEDI 26 MAI 1888.

LA
ANCE MÉDICALE

AUX
e chez
LECROSNIER
Médecine
S

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE. . . . . 15 fr.
UNION POSTALE. . . 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
nis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 61 Samedi 26 Mai 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des corps fibreux de l'utérus.

Par le Dr F. Verchère,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Les corps fibreux de l'utérus au point de vue thérapeutique sont à considérer à quatre moments différents de leur évolution. Alors qu'ils sont pédiculés et font saillie dans le vagin, qu'ils sont encore contenus dans la cavité utérine, qu'ils sont dans l'épaisseur de la paroi utérine, enfin qu'ils sont pédiculés et sous-péritonéaux. On a donné différents noms à ces tumeurs suivant les différents sièges que nous venons d'énumérer. Polypes de l'utérus intra-vaginaux ou intra-utérins, corps fibreux interstitiels, enfin, polypes sous-péritonéaux (Cruveilhier).

Les polypes de l'utérus intra-vaginaux ou intra-utérins doivent toujours être traités chirurgicalement, même s'ils ne donnent d'autres symptômes que leur présence seule. Les corps fibreux interstitiels et les polypes sous-péritonéaux ne donneront d'indication chirurgicale que s'ils donnent lieu à des phénomènes graves pouvant compromettre l'existence des malades qui les portent ; sinon c'est au traitement médical seul que l'on aura recours.

I

Des polypes intra-vaginaux. — Ceux-ci entraînent une intervention différente suivant leur volume, et on peut, à ce point de vue, les diviser très utilement en polypes de petit et moyen volume et polypes énormes (Pozzi). Les premiers peuvent être désignés par ce fait qu'il est possible de les circonscrire complètement par le doigt et que le passage est libre entre les parois vaginales et la surface extérieure du polype. Leur implantation joue un rôle bien moins important ; en effet, la pédiculisation de la tumeur, l'allongement plus ou moins considérable du pédicule, la possibilité dans tous les cas d'at-

teindre le point d'implantation lui-même de la tumeur, qu'il soit cervical ou intra-utérin, donnent à cette notion du siège une importance bien moins grande que celle du volume de la tumeur.

Néanmoins il faut signaler un fait des plus importants et qui peut se présenter même avec des polypes de petit volume retenus par un pédicule très petit ; il suffit que l'utérus soit très dilaté et mou pour qu'à la moindre traction exercée sur le polype, inséré au fond de l'utérus, on détermine une inversion dont les résultats peuvent être très fâcheux, j'aurai à revenir sur cette inversion.

Les polypes de l'utérus sont reconnaissables par le toucher ou la vue. Le doigt les sent parfaitement, et il est possible de reconnaître leur volume en les explorant dans toute leur étendue. On sent le pédicule, plus ou moins volumineux, s'enfoncer dans la cavité cervicale. Ils sont fréquents et presque toujours, c'est à des polypes utérins que l'on a affaire lorsque l'on voit des ménorrhagies plus ou moins abondantes survenir chez des femmes généralement d'âge moyen, entre 35 et 45 ans. Leur sortie de l'utérus s'est signalée par des douleurs analogues à celles de l'accouchement ou plus souvent à celles qu'éprouvent certaines femmes au moment des règles, douleurs dans le bas-ventre, douleurs lancinantes, sensation de pesanteur du côté du petit bassin, etc. Les ménorrhagies durent plus ou moins longtemps. Les règles, au lieu de persister pendant cinq ou six jours comme dans l'état normal, peuvent durer huit, dix, quinze jours, et les femmes ont à peine dans le mois une période intermenstruelle de quinze jours. Souvent l'écoulement sanguin est peu abondant, et deux serviettes à peu près suffisent par jour, mais dans d'autres cas l'écoulement est beaucoup plus abondant et peut prendre la marche d'une véritable perte, entraînant avec elle tous les dangers pouvant résulter de l'anémie prolongée.

Le spéculum peut n'être que d'une utilité secondaire, c'est le doigt qui fait le diagnostic le plus souvent dans les cas de polypes intravaginaux. Néanmoins il pourra rendre parfois quelque service et permettra de constater quelle est la nature exacte du polype. En effet, au doigt on pourrait confondre certains polypes muqueux du col utérin avec les polypes fibreux. C'est la vue qui fera le diagnostic. Le polype fibreux est plus résistant, plus lisse, plus régulier, il est plus souvent arrondi que le polype muqueux qui est allongé, flasque, et parfois frangé. Enfin, certains épithéliomas du col ont pu déterminer la formation de végétations allongées, mollasses, qui permettraient quelque hésitation. Le spéculum montrera encore ici les caractères d'irrégularité de la tumeur, l'aspect fongueux du tissu, l'écoulement sanguin se faisant par exsudation en quelque sorte de la tumeur et non par l'orifice utérin, comme elle a lieu dans les cas de polypes.

Lorsque l'on a reconnu la présence d'un polype intra-vaginal, même si les symptômes sont peu marqués, s'il y a peu d'hémorrhagie, il faudra dans tous les cas en faire l'extirpation. C'est, en effet, le seul moyen de mettre la malade à l'abri de ces hémorrhagies abondantes pouvant survenir tout d'un coup, inopinément, et qui mettent la malade dans de moins bien bonnes conditions pour être opérée.

Plusieurs procédés ont été mis en usage, presque tous également efficaces, également innocents, également faciles.

Quel que soit celui que l'on emploiera, le mode opératoire est sensiblement le même. Si le polype est très petit, que son pédicule est facilement accessible, il suffira, dans la plupart des cas, d'appliquer un spéculum, puis saisissant le polype avec des pinces, sans tirer sur son pédicule, de sectionner celui-ci avec des ciseaux. Dans la plus grande partie des cas, il se fera un écoulement de quelques gouttes de sang que l'on arrêtera facilement avec des injections d'eau très chaude. Si cela ne suffisait pas, il suffirait d'avoir à sa disposition un thermo-cautère dont on appliquerait la pointe au rouge sombre au niveau de la section du pédicule. Ce procédé, qui est le plus simple, a pourtant été repoussé par plusieurs chirurgiens qui l'accusent d'exposer à l'hémorrhagie. Nous verrons plus loin que c'est à ce moyen, par contre, qu'ont eu recours quelques auteurs pour l'ablation de polypes beaucoup plus gros et par suite beaucoup plus exposés à l'hémorrhagie. On a dès lors proposé d'enlever le polype par torsion du pédicule, moyen très satisfaisant lorsqu'on peut voir le pédicule, qu'on est sûr de son petit volume, mais qui serait dangereux en toute autre circonstance.

L'anse galvanique donne d'excellents résultats, mais elle n'est pas à la portée de tous. L'écraseur linéaire et le serre-nœud sont les instruments de choix. En effet, si le polype est d'un volume moyen, si le pédicule est profondément caché, il sera souvent difficile d'atteindre l'utérus ou d'inciser ce pédicule avec les ciseaux, tandis que l'anse de l'écraseur, ou le fil de fer du serre-nœud s'y porteront en quelque sorte d'eux-mêmes.

Plusieurs instruments ont été inventés pour permettre de porter la chaîne de l'écraseur au pourtour même du pédicule sans crainte de la voir glisser du haut en bas et venir se fermer au-dessous du polype sans rien sectionner; nous citerons en particulier le passe-chaîne d'Emmet, dont cet auteur se sert pour placer la chaîne d'un écraseur spécial. Celui-ci est formé de quatre tiges, deux fixes à crémaillères et deux mobiles portant les extrémités de la chaîne. Le passe-chaîne possède à son extrémité un petit œil circulaire. On introduit la chaîne dans une anse de catgut de petit volume dont on fait pénétrer les extrémités dans l'œil du passe-chaîne, l'anse du catgut doit être assez

longue pour que ses extrémités atteignent le manche de l'instrument lorsqu'elle est tendue. On introduit le passe-chaîne derrière la tumeur, et si on tend les extrémités de l'anse de catgut, la chaîne sera naturellement portée dans la même position. On confie l'instrument à un aide qui le tient en arrière, puis on prend dans chaque main une des tiges à l'extrémité de laquelle la chaîne se trouve attachée, on en fait glisser une à droite et une à gauche de la tumeur et on les réunit en avant. Il ne reste plus qu'à les passer dans les tiges à crémaillère de l'écraseur et la chaîne est placée au point même où se fera la section.

Nous devons citer aussi le procédé qu'a employé M. Pozzi et qui consiste à monter la chaîne de l'écraseur sur un fil de fer qui maintient rigide l'anse dont on veut enserrer le pédicule de la tumeur.

Mais ces divers procédés ne sont guère employés que dans les cas où on a affaire à un polype de moyen volume et même de fort volume, lorsqu'il n'existe plus de place pour passer les doigts sur les parties latérales de la tumeur. Sans cela il est beaucoup plus facile de poser directement l'anse de l'écraseur dans la plupart des cas où le polype est de petit volume.

Ajoutons que, dans tous ces cas, l'antisepsie vaginale doit être faite aussi complètement que possible, avant aussi bien que pendant et après l'opération. C'est par suite de la négligence ou de l'ignorance, plutôt, dans laquelle on vivait autrefois que ces opérations d'ablations de polypes étaient regardées comme pouvant devenir dangereuses, actuellement elles peuvent rentrer dans les plus simples et dans les plus bénignes. C'est pourquoi il est toujours indiqué d'enlever un polype utérin même s'il ne donne lieu à aucun phénomène grave au moment où on est appelé à l'examiner.

(A suivre.)

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

DE L'ÉPISTAXIS GÉNITALE, par le Dr. *Joal* (du Mont-Dore). (*Revue de Laryngologie et de rhinologie*, février et mars 1888). L'auteur étudie les épistaxis dites essentielles, idiopathiques de l'adolescence qui ont été jusqu'ici attribuées à la pléthore, à l'anémie, à la goutte, au rhumatisme, au surmenage intellectuel, aux coups sur le nez, aux piqûres avec l'ongle, aux varices nasales. Sans nier l'influence de ces causes dans certains cas, M. Joal cherche à établir que les saignements de nez des jeunes gens montrent que, sous l'influence de l'irritation physiologique ou pathologique des organes génitaux, le développement de l'appareil reproducteur au moment de la puberté et la masturbation jouent un rôle important dans la production des épistaxis de l'adolescence.

Il existe une corrélation intime, une véritable sympathie entre le nez et les organes de la génération, et l'auteur montre d'abord par de nombreuses citations que, de tout temps, ces rapports ont été admis. Il rappelle l'action non douteuse des parfums, des odeurs chez l'homme et les animaux. L'observation clinique prouve inversement qu'une excitation génitale peut provoquer la turgescence du tissu érectile des fosses nasales; et parmi les faits cités à l'appui de cette thèse, disons que certains individus ne peuvent se livrer au coït sans éprouver de violents éternuments. Un malade du Dr Joal ne pouvait avoir de rapports conjugaux sans être atteint d'un accès de suffocation débutant par du larmoiement et des éternuments. Certaines femmes ont, au moment des règles, le nez obstrué avec éternuments, migraines, vertiges, œdème de la face, tous symptômes qui ont pour point de départ la turgescence du tissu érectile du nez.

Du reste John Mackenzie a, en 1884, signalé l'influence du facteur génital sur le développement des maladies nasales; les affections du nez sont aggravées par l'apparition des règles, par l'abus des plaisirs sexuels, par la coexistence d'une maladie de l'utérus ou des ovaires. Bien plus, l'excitation sexuelle portée au-delà de ses limites physiologiques peut créer un état inflammatoire chronique de la muqueuse nasale, et Mackenzie dit que les masturbateurs inaltérés sont exposés au catarrhe chronique avec écoulement purulent et perversion du sens olfactif.

A ces faits on en peut ajouter un certain nombre dans lesquels le coït est suivi d'épistaxis. Enfin la plupart des hémorrhagies nasales menstruelles rentrent dans le cadre des épistaxis génitales; l'irritation ovarienne et utérine de l'époque cataméniale produit encore par action réflexe le gonflement des corps caverneux et l'hémorrhagie de la pituitaire.

C'est la connaissance de tous ces faits qui a conduit M. Joal à penser que l'onanisme pouvait être la cause de certaines épistaxis, et il appuie sa manière de voir sur l'observation de six cas qu'il relate dans son travail, et où l'influence des pratiques honteuses nous semble vraisemblable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 16 *mai* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

CASTRATION DANS LES CORPS FIBREUX. — M. *Terrillon*. J'ai fait quelques communications sur la castration dans les fibromes, à la Société obstétricale et au Congrès de chirurgie.

J'ai communiqué six cas au Congrès de chirurgie, j'ai eu cinq suc-

cès. La sixième malade est morte au soixantième jour, d'étranglement interne.

La question des indications a été laissée de côté. Au point de vue des hémorrhagies, il y a une indication très nette, celle d'examiner l'intérieur de la cavité utérine.

Je crois pouvoir dire que toute femme qui a des hémorrhagies a une cavité utérine augmentée, mesurant 10, 12, 15, 20 centimètres.

Quand l'augmentation de la cavité est faible, de 10, 12, les hémorrhagies sont intermittentes.

Quand la cavité mesure 18, 20 centimètres, les hémorrhagies sont continues. Je ne veux pas dire pourtant que tous les utérus à grandes cavités sont hémorrhagiques.

Je crois que la castration agit surtout dans les cas à cavité utérine relativement minime.

Je crois que la castration ne doit pas être bonne dans les cas à cavité considérable, qui correspondent, il est vrai, aux gros fibromes.

Pour mesurer la cavité utérine, je me sers d'un hystéromètre curviligne, qui est formé d'une petite tige à ressort recouvert de caoutchouc. Je peux connaître la courbure et la direction de courbure de la cavité au moyen d'un indicateur placé sur le manche de l'instrument.

Au point de vue des indications, je tiens à vous donner l'observation d'une femme que je viens d'opérer.

Elle avait de petites hémorrhagies, mais elle souffrait horriblement et dépérissait.

C'est grâce à l'examen de la cavité utérine que j'ai été amené à faire l'hystérectomie.

La cavité utérine était petite; ce n'est donc pas pour cela que j'avais décidé l'hystérectomie.

Quand j'ai eu ouvert l'abdomen, j'ai trouvé sur la face antérieure une petite plaque comme sphacélée correspondant à la partie où elle souffrait; or, j'ai trouvé le fibrome sphacélé complètement.

J'ai opéré une autre femme à qui on avait fait le grattage pour des hémorrhagies, à qui on voulait faire l'opération d'Alexander, parce qu'on pensait à une rétroversion.

L'hystérométrie m'a permis de voir que la cavité utérine n'était pas déviée.

Sur huit opérations que j'ai faites, j'ai trouvé trois fois des altérations des annexes.

Je signalerai enfin la difficulté qu'on a à trouver les ovaires.

Souvent, on est persuadé qu'on ne pourra pas les extraire, mais, en agissant avec patience, on peut arriver à les extraire.

M. *Richelot*. En présence d'un fibrome de moyen volume, on a de

la tendance à préférer une opération simple comme la castration.

Quand les ovaires sont faciles à extraire, on doit préférer la castration, sinon, et si la femme a une résistance assez grande, on pourrait faire l'hystérectomie.

Les petits fibromes enclavés dans la cavité pelvienne où l'hystérectomie est difficile et dangereuse doivent être traités par la castration, mais la castration est souvent difficile dans ces cas.

J'ai opéré dernièrement une femme atteinte de petits fibromes, souffrant par le fait de la compression des plexus nerveux du bassin : je lui ai fait l'hystérectomie vaginale. Aurais-je dû faire la castration? Non, car il n'y avait ni hémorrhagies, ni poussées, ni développement et je n'aurais rien fait avec la castration.

J'ai opéré à l'hôpital Tenon une femme ayant un utérus qui devenait de plus en plus volumineux et douloureux. Il n'y avait pas de signes de compression. Je n'ai pas voulu faire la castration, je lui ai fait l'hystérectomie vaginale parce que j'ai plus de confiance dans l'hystérectomie. La malade est morte, elle avait des reins atteints de néphrite interstitielle.

Je vous présente maintenant un utérus provenant d'une malade atteinte de rétroversion que je croyais simple. Je lui avais fait l'Alexander, les douleurs avaient disparues d'abord et les hémorrhagies aussi. Mais deux mois après les douleurs et la rétroversion étaient revenues.

Je fis la dilatation de la cavité utérine pour faire l'énucléation, si elle était possible, ou l'ablation, si c'était nécessaire.

La dilatation fut mal supportée d'abord. Je fis l'abaissement et, constatant qu'il existait une tumeur accolée à la paroi postérieure, je me décidai à faire l'hystérectomie vaginale. J'ai constaté que le fibrome était isolé dans la paroi et aurait pu être énucléé par la cavité utérine.

La suture abdominale, je la fais à étages avec le catgut.

M. *Terrier*. J'ai fait sept opérations de castration. Dans un cas, il s'agissait de kystes de l'ovaire avec fibrome. MM. Ollivier, Périer et Championnière me conseillèrent d'enlever l'ovaire sain; il n'y a plus d'hémorrhagies, mais le fibrome est resté un peu douloureux quoique moins douloureux. Les hémorrhagies n'ont plus reparues.

Dans l'autre cas où il s'agissait de tumeurs papillaires avec fibrome, les règles sont revenues parce que je crois que je n'ai pas enlevé complètement les deux ovaires, ce qui est difficile en pareil cas. Mais il n'y a plus eu d'hémorrhagie.

Dans les cinq autres castrations, il s'agissait de fibromes avec complications.

La grande difficulté dans tous ces cas est de savoir dans quel état

sont les ovaires, car on peut être amené à faire autre chose que l'ablation des ovaires. Je me suis trouvé deux fois dans l'impossibilité d'enlever les ovaires.

Les castrations dans les cas de fibrome avec salpyngite sont plus difficiles que dans les cas simples.

Dans un cas de fibrome avec hémisalpyngite qui dura une heure un quart, il y eut guérison opératoire, mais la malade a succombé ensuite d'épuisement.

Dans un autre cas où il y avait une extrême dysménorrhée, je ne pus faire la castration que d'un côté de l'utérus. Je ne pus faire que les ligatures atrophiantes. La malade mourut après deux jours, d'épuisement.

Dans deux cas il s'agissait de fibrome simple. Guérison.

Dans un cas d'utérus très volumineux, le résultat a été très bon et le cas était très grave. Il se produisit une complication, c'est-à-dire un abcès, dans le moignon d'une trompe traversant la cavité utérine enflammée.

La grande question au point de vue de la castration n'est pas dans l'étendue plus ou moins grande de la cavité utérine, mais dans les altérations des annexes et dans la facilité avec laquelle on pourra enlever les annexes.

J'ai eu deux cas de désunion de la suture après l'opération. Ces deux malades ont du reste guéri.

La question de l'intervention est difficile néanmoins; et ce n'est que par des faits qu'on pourra juger la question.

M. *Pozzi*. La castration dans un but hémostatique n'est pas l'opération de Battey, c'est l'opération de Hégar et de Trenholm.

L'opération de Battey est une opération anti-névropathique.

L'opération de Lawson Tait a été faite dans les cas de lésions métritiques ou de salpyngite. On pourrait l'appeler castration antiphlogistique.

M. *Chavasse* lit une observation d'ostéomyélite de la tête humérale. Résection.

M. *Brun* lit deux observations d'anévrysme poplité guéri par la ligature antiseptique de la fémorale.

M. *Schwartz* présente un sein qui a été enlevé à une femme qui portait depuis sept à huit mois une petite tumeur qui avait les caractères d'un adénome et autour de laquelle s'était développé, dans ces derniers temps, un sarcome fuso-cellulaire. Tout autour du sarcome était un véritable collier de petits kystes comparables à ceux qu'on a décrit dans la maladie kystique.

P. Baby.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1888. — Présidence de M. Siredey.

Aortite et goitre exophtalmique. — M. *Rendu* rapporte l'observation d'une femme de 28 ans, fille de goutteux et d'asthmatique, ayant eu, à 18 ans, à la suite d'évènements pénibles, des accidents chlorotiques qui reparaissent chaque année au printemps.

Au commencement de 1887, douleur dans l'épaule gauche en montant les escaliers, puis palpitations et douleurs précordiales d'angor pectoris. Fin 1887, on constate à la base un double souffle de l'aorte ; il suffit d'un vésicatoire et de quelques semaines de traitement ioduré pour rendre la respiration plus facile, faire disparaître les phénomènes d'angor et le souffle diastolique. Mais au fur et à mesure que l'aortite disparaissait, on vit se développer tout le syndrome du goitre exophtalmique, moins l'hypertrophie du corps thyroïde.

M. Rendu relève dans cette observation, d'une part la guérison de l'aortite par l'iodure de potassium, d'autre part l'influence probable de ce médicament sur l'établissement de la maladie de Basedow.

M. *Féréol*, se basant sur un fait qu'il observe en ce moment, pense que l'état moral est bien plutôt la cause de la maladie de Basedow que l'iodure de potassium.

M. *Rendu* fait remarquer que, chez sa malade, les troubles moraux remontent à dix ans, et que, quand il l'a soignée pour son aortite, elle n'avait aucun signe de nervosisme.

Diphtérie infectieuse anormale. — M. *Féréol* rapporte l'observation d'une femme prise, le 6 mai, d'une angine en apparence peu grave.

Le 7. Mauvais état général, engorgement ganglionnaire léger, aphonie, extension de la fausse membrane de l'amygdale droite jusqu'au larynx. Le 8. Gêne de la respiration, râles sibilants dans toute la poitrine, souffle bronchique ; abattement extrême ; glycosurie ; le 10, coma et mort.

M. Féréol rapproche ce cas d'un autre malade qu'il observait autrefois et chez lequel la mort survint en quelques jours par une pneumonie et avec extension des jeunes membranes à toute la gorge. Comme dans le premier cas le début annonçait une amygdalite légère.

M. *Rendu* a observé une jeune fille atteinte d'angine pseudo-membraneuse légère qui présenta rapidement des phénomènes laryngés graves avec un état infectieux. La poitrine, pleine de râles, dénotait une broncho-pneumonie infectieuse qu'on peut expliquer sans invoquer la présence des fausses membranes dans le poumon.

M. *Cadet de Gassicourt* a dans son service une fillette atteinte de broncho-pneumonie gauche dans le cours d'une angine diphtéritique d'apparence bénigne.

M. *Féréol* pense que, dans les cas qu'il a rapportés, il s'agit d'envahissement des bronches par les fausses membranes et non pas de broncho-pneumonie infectieuse.

SAPELIER.

BIBLIOGRAPHIE

CHIRURGIE DU PIED, par le Dr *Albert Blum*. (Asselin et Houzeau, édit., Paris, 1888.) — L'auteur avait, dans un livre antérieur, étudié la chirurgie de la main, il complète aujourd'hui cette étude par celle du pied. L'analogie entre les affections de la main et du pied est plus apparente que réelle, les fonctions entre ces deux segments des membres sont différentes et leur physiologie devait entraîner une pathologie différente. C'est ce qu'a bien compris l'auteur de ce nouveau travail qui a bien mis en relief toute l'importance de cette pathologie en quelque sorte fonctionnelle.

Le professeur Richet, dans la préface qu'il a écrite pour ce livre, « ne craint pas de proclamer d'avance que sa valeur n'est pas moindre que celle de celui qui l'a précédé. »

Le premier chapitre sur les difformités du pied est divisé en difformités du pied proprement dite et difformités des orteils. Les premières se groupent sous deux chefs, le pied-bot congénital et le pied-bot acquis. L'auteur traite avec toute l'importance qui s'attache à ces difformités ce chapitre de son ouvrage. Le traitement est fait de main de maître et, après avoir discuté les divers procédés mis en usage, M. Blum préconise surtout le massage ; quant à la tarsotomie, il n'en est que médiocrement partisan.

Signalons un chapitre intéressant sur la tarsalgie et en particulier le passage de la préface où le professeur Richet donne son opinion sur la pathogénie de cette affection si fréquente.

Quant à l'étude sur l'orteil à marteau, qui occupe 14 pages du volume, elle est telle que devait la faire un auteur qui depuis longtemps déjà s'occupe de la question, qui a donné de ses pathogénies une théorie qui garde son nom et qui, dans plusieurs travaux antérieurs, avait déjà montré ses préoccupations à ce sujet.

Néanmoins, — peut-être le livre était-il déjà écrit lorsqu'ils parurent, — les travaux de MM. Terrier, Cohen, la discussion à la Société de chirurgie ne sont pas cités, ce qui amène M. Blum à laisser de côté toute discussion à l'égard de la thérapeutique actuelle dirigée

contre l'orteil en marteau, je veux dire la thérapeutique réellement chirurgicale. Voici ce qu'en dit l'auteur : « L'amputation de la phalange sera préférée à la désarticulation, qui est plus grave et plus longue à guérir. Nélaton, il est vrai, déconseille cette opération qui peut entraîner la mort. Je répondrai que le chirurgien ne doit intervenir que dans les cas de nécessité complète, par conséquent l'opération ne peut plus être appelée de complaisance. En second lieu, grâce à l'antisepsie, on est à peu près à l'abri d'accidents. Je suis donc partisan jusqu'à nouvel ordre de l'amputation que je préfère à la résection que l'on a récemment préconisée. »

Signalons les chapitres sur les fractures et les luxations, sur les troubles trophiques ; mal perforant, pied tabétique, ainhum, hypertrophie. Puis sont étudiées toutes les tumeurs, kystes, angiomes, cors, lipômes, etc., etc.

Le livre se termine par des considérations étendues sur la médecine opératoire du pied ; nous avons été surpris de voir l'auteur ne citer qu'une fois Farabeuf à propos de la désarticulation de tous les orteils alors qu'il eût eu tant de fois l'occasion de montrer combien on doit à cet excellent maître, dans cette partie de la médecine opératoire peut-être plus encore que dans tout autre.

D[r] F. VERCHÈRE.

NÉCROLOGIE

M. Alfred-Marie-Alexandre PADIEU, ancien interne des hôpitaux de Paris (1863), professeur de Clinique interne à l'Ecole de médecine d'Amiens, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, est décédé à Amiens le 16 mai 1888, à l'âge de 47 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Adrien DELAHAYE et Emile LECROSNIER, Libraires-Editeurs,
23, place de l'École-de-Médecine.

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur SCHULE, médecin de l'asile d'Illeman, etc. 3[e] édition, sera traduit par les docteurs J. DAGONET et DUHAMEL, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface de M. le docteur H. DAGONET, médecin de l'asile Sainte-Anne, etc. Premier fascicule, 1 vol. in-8, 4 francs.

Manuel de métallothérapie et de métalloscopie appliquées au traitement des maladies épidémiques, burquisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme), par le docteur J. MORICOURT, 1 vol. in-18, 3 fr. 50.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur J. KŒNIG, traduit de l'allemand, d'après la 4[e] édition, par J. COMTE, chirurgien de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction par le docteur TERRILLON, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.

Tome Ier, 1er fascicule, 1 vol. in-8, avec 70 figures intercalées dans le texte, 7 francs.

Avis. L'ouvrage forme trois volumes et sera publié en six fascicules, il paraîtra un fascicule tous les trois mois.

—

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Variations de la personnalité, par les Drs H. Bourru et P. Burot, professeurs à l'École de médecine de Rochefort. Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 316 pages avec 15 photogravures. — Prix : 3 fr. 50.

Les frontières de la folie, par le Dr Cullerre, membre correspondant de la Société médico-psychologique. Paris, 1888. 1 vol. in-16 de 360 pages. — Prix : 3 fr. 50.

La variole et le croup à Montluçon, par le Dr P.-M. Dechaux, de Montluçon. Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 141 pages. — Prix : 2 fr.

Guide Rosenwald, annuaire de statistique médicale et pharmaceutique, 2e année, 1888, 1 vol. in-12 de 836 pages. — Prix : 3 fr.

La seconde enfance, guide hygiénique des mères et des personnes appelées à l'éducation de la jeunesse, par le Dr E. Périer, Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 236 pages. — Prix : 2 fr.

—

Les stations d'eaux minérales du centre de la France. — La Caravane hydrologique de 1887, par le Dr de Pietra Santa et A. Joltrain. Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, et Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Sous ce titre, la Société française d'hygiène vient de publier un intéressant volume sur la Caravane hydrologique qu'elle avait organisée au mois de septembre dernier, pour permettre aux médecins de visiter les stations d'eaux minérales du centre de la France.

L'ouvrage se divise en trois chapitres : le premier comprend la partie scientifique et les considérations générales sur la valeur thérapeutique des eaux et la climatologie ; le second contient le récit de l'excursion ; dans le troisième figurent les conférences faites dans chaque station par les médecins-inspecteurs et consultants.

C'est un livre écrit avec impartialité. Il sera consulté avec profit par tous les médecins, et lu avec intérêt par les malades et les touristes.

Ce n'est d'ailleurs que le commencement d'une série. La Société française d'hygiène doit, en effet, organiser cette année une caravane analogue, de façon à permettre aux médecins de visiter toutes les stations de la France. L'excursion, chaque année, sera faite dans les Vosges.

C'est la création d'un véritable cours d'hydrologie sur place, qui fait encore défaut dans nos Facultés de médecine.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.



7770.6

...TE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 63. MARDI 29 MAI 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE .... 15 fr.
UNION POSTALE ..... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 62 Mardi 29 Mai 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL NECKER.

M. LE PROF. LÉON LE FORT.

Variété rare de luxation de l'épaule. — Luxation sous acromiale ou plus justement rétro-acromiale.

La luxation sous-acromiale est celle dans laquelle la tête humérale se trouve au *dessus* de l'angle postérieur de l'acromion. Telle est la définition qu'en donne Malgaigne et il ajoute qu'elle est rare et que s'il a pu cependant en observer trois cas, il n'a pu en réunir que trente-quatre observations, dues à Boyer, A. Cooper, Velpeau, Goyrand, Lepelletier, Bardinet, etc. Quant à la luxation sous-épineuse, exagération de la précédente, elle serait beaucoup plus rare encore. Pour ma part, si j'ai pu observer un cas de luxation sous-épineuse, je n'avais pas encore rencontré de luxation sous-acromiale et encore celle dont je vais rapporter l'histoire se distingue de ces luxations par des particularités qui doivent la faire classer à part comme un exemple de luxation rétro-acromiale.

C... (Alexis), âgé de 53 ans, entre dans mon service à l'hôpital Necker, le 26 mars 1888. Il n'a jamais eu dans l'épaule gauche ni rhumatisme, ni traumatisme. Le 26 février, c'est-à-dire il y a un mois, il glissa en descendant l'escalier d'une cave et l'épaule gauche porta violemment sur le sol. Il ne put nous préciser quelle était alors l'attitude du membre. A partir de ce moment, il ne put se servir de son bras, mais croyant à une simple contusion, il espéra se guérir sans intervention chirurgicale, et ne se présenta qu'au bout d'un mois à l'hôpital, après avoir constaté l'absence de toute amélioration. En l'examinant on constate une déformation assez anormale de l'épaule. Il n'y a pas l'aplatissement ordinaire du deltoïde, dans les luxations, bien qu'en dehors la saillie de ce muscle soit moins prononcé qu'à l'état normal ; en arrière au contraire, l'épaule est plus volumineuse et l'on constate la présence d'une saillie située en arrière de l'angle postérieur de l'acromion, saillie très nette qui

déborde en ce point le niveau de l'épaule. En avant, le sommet de l'apophyse coracoïde se dessine nettement sous la peau tandis que du côté sain rien ne trahit sa présence. En dehors de cette saillie coracoïdienne on remarque du côté malade une légère dépression qui correspond à l'extrémité acromiale de la clavicule.

Si l'on cherche par le toucher à trouver en avant et à sa place normale la tête de l'humérus, on ne trouve rien. La tête n'est donc pas à sa place et en effet on constate que la saillie post-acromiale est constituée par la tête de l'humérus. Cette constatation ne laisse aucun doute puisque les mouvements de rotation de l'humérus se communiquent à la saillie osseuse. La tête de l'humérus est bien si l'on veut en dessous de l'angle postérieur de l'acromion, *mais elle est plutôt en arrière qu'au-dessous de l'acromion*. En effet, la saillie que forme la tête surmonte de trois centimètres le niveau de l'acromion, de telle sorte que si la tête est pour ses trois quarts inférieurs au-dessous de l'acromion, elle est plutôt en arrière qu'au-dessous du bord postérieur de cette apophyse, et un quart de la surface est au-dessus de l'acromion. C'est ce qui caractérise la variété de luxation à laquelle nous avons eu à faire, car, dans toutes les observations citées par Malgaigne, la tête était nettement au-dessous de l'acromion et ne le débordait pas en haut.

Lorsque le malade est debout, le bras est légèrement porté en avant et en dedans; mais il ne présente pas de rotation sur son axe. Il peut porter la main jusqu'à l'oreille, mais dans ce geste une grande partie de ce mouvement se passe dans l'omoplate. Les mouvements communiqués sont très étendus; si l'on cherche à faire tourner l'humérus et l'avant-bras en dehors, c'est également l'omoplate qui se déplace dans ce mouvement très limité. On ne constatait pas la pronation extrême ou exagérée signalée par Bardinet et Goyrand dans leurs observations de luxation sous-acromiale.

Les mensurations suivantes, faites avec le compas d'épaisseur, permettent de se rendre compte des modifications de forme qu'a subies l'épaule: Epaisseur antéro-postérieure prise de la face antérieure de l'épaule à la face postérieure au niveau de l'acromion : Côté droit 62 millim, côté gauche (luxé) 68 millim.

Epaisseur oblique de l'interligne pectoro-deltoïdienne à la face postéro-externe de l'épaule : Côté droit, 64 mill., côté gauche, 74 mill.

Epaisseur de la pointe de l'apophyse coracoïde à la partie postéro-externe la plus saillante de l'épaule : côté droit, 94 millim.; côté gauche, 96.

La mensuration du bord externe de l'acromion à l'olécrâne donne pour le côté droit 36 cent. et demi et pour le côté gauche 38 cent. et demi. Il y aurait donc allongement; mais il faut noter que le ruban

métrique contourne du côté malade la saillie formée par la tête humérale déplacée.

Après avoir pris le moulage et la photographie du malade. Je procède le 2 mars à la réduction, sans anesthésie préalable, en employant la manœuvre suivante.

Le malade étant couché sur le dos, deux aides saisissant le bras au-dessous du coude et l'attirant en avant et en dehors, j'embrasse de mon côté l'épaule avec les deux mains, les quatre derniers doigts de chaque main appuyés sur l'extrémité claviculaire, tandis qu'avec les deux pouces je refoule fortement la tête humérale en bas et en avant. Je sens la tête se déplacer sous mes doigts et reprendre sa position normale, mais sans le bruit et la secousse que l'on perçoit d'ordinaire dans les réductions. L'épaule a repris à peu près sa forme. J'essaie d'attirer le bras en avant pour constater si les mouvements sont rétablis ; bien que ce mouvement ait été très limité, la luxation se reproduit. Je la réduis aussitôt par le même procédé, bien qu'avec un peu moins de facilité, et, sans faire aucune autre exploration, j'applique une écharpe de Mayor.

Le surlendemain 5 mars, en examinant le malade, dont le bras est toujours en écharpe, je constate que la luxation s'est reproduite. La tête est de nouveau en haut et en arrière de l'acromion. Craignant que cette récidive si facile ne soit due à une réduction incomplète, je la tente cette fois qu'après avoir anesthésié le malade. Je cherche tout d'abord si on obtiendrait une meilleure réduction en faisant placer l'avant-bras en arrière du tronc et en refoulant la tête en bas. Cette tentative est sans résultat. Je procède alors comme la première fois en écartant le coude du corps en même temps qu'on l'amène en avant, et en poussant avec les pouces la tête humérale en bas et en avant. La réduction s'opère cette fois encore sans secousse.

De crainte de récidive, je veux m'opposer à la propulsion de la tête en arrière et en haut. Dans ce but, j'avais préparé une attelle plâtrée longue et étroite. Cette attelle imbibée de bouillie de plâtre est placée en arrière de l'épaule et du bras. Son extrémité supérieure, recourbée en avant, embrasse toute la partie supérieure de l'épaule, sa partie inférieure se replie au coude et suit le bord cubital de l'avant-bras fléchi sur le bras. Cette attelle est assujettie par des tours de bande et au-dessus je place une écharpe de Mayor.

L'appareil reste en place quatorze jours; aucun déplacement ne s'opère. Je la retire le 19 mars et je fais faire quelques mouvements. L'épaule a repris sa forme, la tête se sent à sa place normale, mais la saillie de l'épaule est encore un peu plus prononcée en dehors en en arrière que du côté sain. Je crois cependant que la réduction est complète. Le malade porte facilement la main derrière le cou, plus

difficilement sur le sommet de la tête. Le mouvement direct en avant, beaucoup plus étendu qu'avant la réduction, ne va pas cependant tout à fait jusqu'à l'horizontale, les mouvements de rotation de l'humérus sur son axe sont encore fort restreints et une partie se passe dans l'omoplate. Cette limitation du mouvement me paraît devoir être attribuée à la raideur consécutive à l'immobilisation prolongée de l'épaule, le malade quitte l'hôpital le 23 mars pour aller à l'asile de convalescence de Vincennes.

Il est facile de voir que si cette luxation a les principaux caractères de la luxation sous-acromiale, elle en possède d'autres qui la différencient complètement. La tête humérale ne débordait pas en dehors le bord externe et l'angle postérieur de l'acromion, et la saillie qu'elle formait était tout à fait en arrière et aussi notablement au-dessus de l'acromion. Au contraire, dans les cas observés par Malgaigne, « ce qui frappe d'abord, c'est la projection de l'épaule en dehors, ensorte que la poitrine paraît élargie de ce côté. La tête humérale forme une tumeur saillante en dehors, mais surtout en arrière, immédiatement *sous* l'angle postérieur de l'acromion ». C'est en effet *sous* l'angle postérieur de l'acromion que la tête humérale a été rencontrée par Malgaigne, Velpeau, Goyrand, Alaboisette, Lacaussade, etc. Dans la luxation sous-épineuse, exagération de la sous-acromiale, la tête est placée tout à fait au-dessous de l'épine de l'omoplate.

Dans la position occupée par la tête humérale, en arrière de l'acromion, que même elle débordait en haut, il devrait y avoir raccourcissement. J'ai au contraire trouvé deux centimètres de plus du côté malade ; mais, ainsi que je l'ai dit, cette apparence d'allongement était dû à la déviation que subissait le ruban métrique contournant la saillie formée par la tête humérale déplacée.

Quant à la facilité des récidives après la réduction, facilité qui était des plus marquées dans cette observation, elle a été signalée plusieurs fois dans la luxation sous-acromiale. Malgré ces analogies, les différences dans la déformation extérieure, dans la situation de la tête humérale, ont été tellement marquées qu'il me paraît difficile de faire rentrer cette luxation dans les sous-acromiales ; elle doit être distinguée et la dénomination qui me paraît lui convenir est celle de luxation rétro-acromiale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE L'HÉMOGLOBINURIE. — *M. A. Robin* dans une précédente communication a établi que l'hémoglobinurie

résulte de deux processus l'un d'ordre général, trouble de la nutrition; l'autre d'ordre local, congestion rénale. Bien que cette théorie parut démontrée par les faits cliniques et par l'appui de la thérapeutique, cependant il manquait la démonstration anatomique. M. A. Robin apporte aujourd'hui les résultats de l'ausopsie d'une femme de 73 ans, jamais malade jusqu'à ce moment, à part quelques troubles dyspeptiques dans ces derniers mois; à son entrée à l'hôpital on constate un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage et une dilatation d'estomac; la nutrition est des plus défectueuses puisque le chiffre de l'urée est de 8 à 9 grammes par 24 heures et le chiffre des matériaux solides de 20 à 25 grammes. Au bout de quelques jours, crise d'hémoglobinurie; en même temps les urines sont réduites à 250 grammes, l'urée à 1 gr. 50 et les matériaux solides à 7 grammes. Cet accès dure 48 heures et se juge par une polyurie suivie du rétablissement. Survient alors une pneumonie au troisième jour de laquelle l'hémoglobinurie reparaît; mort rapide. A l'autopsie un rein est atrophié; l'autre est énorme et congestionné. Sur ce dernier l'examen histologique a montré à M. Renault une néphrite artério-scléreuse avec des îlots d'œdème aigu congestif.

Assurément, la congestion rénale est la cause efficiente de l'hémoglobinurie, mais pourquoi y a-t-il hémoglobinurie et non pas hématurie, comme c'est la règle dans la congestion rénale? Ici intervient l'insuffisance et la déchéance de la nutrition entraînant la diminution de la vitalité des globules rouges. Après la discussion de cette théorie, M. Alb. Robin groupe les hémoglobinuries en deux classes. Dans la première il range les hémoglobinuries vraies réclamant deux actes pathogéniques, l'un d'ordre général, trouble quelconque de la nutrition diminuant la vitalité des globules rouges, l'autre local et rénal.

Cette première classe d'hémoglobinuries comprend trois variétés: 1° hémoglobinurie paroxystique consécutive au froid ou à la marche, chez les syphilitiques, les impaludiques, les uricémiques, etc.; 2° hémoglobinurie de durée plus longue parce que le processus rénal est plus durable; 3° hémoglobinurie post-brightique, survenant au cours d'une néphrite ancienne. La deuxième classe comprend les hémoglobinuries qui ne nécessitent pas l'existence des deux facteurs; la diminution de la résistance globulaire entre donc en ligne de compte; l'hémoglobine dissoute dans ces vaisseaux filtre à travers le rein.

Cette destruction des globules rouges dans les vaisseaux eux-mêmes peut être produite soit par un poison extérieur, soit par une auto-intoxication. M. Alb. Robin passe ensuite en revue les causes prédisposantes et déterminantes de l'hémoglobinurie et les différents

moyens thérapeutiques employés pour la combattre. Pour que ces moyens soient efficaces, il faut qu'ils s'adressent au processus générateur qui sera à déterminer dans chaque cas.

M. *Rendu* croit qu'il faut faire des réserves sur la théorie défendue par M. Alb. Robin, car elle ne peut s'appliquer aux cas de cachexie brightique sans hémoglobinurie non plus qu'aux cas d'hémoglobinurie chez des sujets parfaitement bien portants.

M. Milard rappelle à ce propos que son malade, aussi bien d'ailleurs que celui de M. Hayem et celui de M. Bucquoy, était parfaitement bien portant.

M. Alb. Robin reconnaît l'importance de cette objection, mais pense que chez ces malades, en apparence parfaitement bien portants, l'urologie aurait peut-être montré un trouble de la nutrition.

M *Ballet* signale un cas d'hémoglobinurie au cours d'un ictère grave foudroyant chez un enfant de 11 ans. Il croit que cette hémoglobinurie résultait de la toxémie de l'ictère grave et comme telle doit rentrer dans la classe des hémoglobinuries toxiques.

M. *Féré* présente une calotte capitonnée et remplie de grains de plomb avec laquelle on peut, en comprimant la tête des hystériques et des épileptiques, les soulager des céphalées si douloureuses et même supprimer les accès dont ces céphalées ne sont que le prélude.

Périostite varioleuse. — *M. Barié* lit un très intéressant mémoire sur la périostite dans la variole dont il a observé quatre cas. A peine signalée par J. H. Petit, elle est peu fréquente, survient pendant la convalescence et frappe surtout les convalescents peut-être à cause du travail inachevé de la croissance.

Frappant un ou plusieurs os, elle siège surtout sur les os longs, l'union de la diaphyse et de l'épiphyse, de préférence aux membres inférieurs peut-être parce que ceux-ci éprouvent inévitablement de la fatigue quand le malade se lève. Apyrétique, elle se termine par résolution avec le repos et les résolutifs.

Elle procède de l'agent infectieux et la fatigue des premiers pas est sa cause déterminante. Par ses caractères cliniques elle appartient à la forme subaiguë ou bénigne de la périostite, mais comme elle se rapproche de certaines autres périostites infectieuses, il est permis de supposer qu'à côté de la forme bénigne il existe des formes graves.

Sapelier.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Séance du 8 *mai* 1888. — Présidence de M. BRAVAIS (de Lyon).

DES INCISIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ÉQUATEUR ET L'HÉMISPHÈRE POSTÉRIEUR DU GLOBE. — *M. Motais* rappelle l'anatomie de la région. Il faut éviter les muscles obliques et choisir l'interstice musculaire compris entre le droit supérieur et le droit externe ou entre le droit externe et le droit inférieur. Il est d'ailleurs un procédé qui permet d'opérer dans tous les interstices musculaires : au lieu d'inciser de dehors en dedans, pénétrer d'emblée dans la cavité de Ténon et glisser ensuite le couteau dans la cavité de Ténon jusqu'au point voulu. On évite ainsi la section des muscles obliques et la pénétration dans le tissu cellulo-graisseux de l'orbite. Pour pénétrer dans la sclérotique, il faut respecter la zone occupée sur le pourtour du nerf optique (5 à 6 millimètres) par les spirales des artères ciliaires de même en avant pour la zone occupée par le corps ciliaire et le cristallin (du bord cornéen à 5 ou 6 millimètres en arrière). Plus on se rapproche de la partie antérieure du globe, plus les capillaires de la choroïde et les éléments nerveux de la rétine diminuent. Il sera donc préférable au point de vue anatomique de faire partir l'incision de 6 millimètres en arrière du bord de la cornée.

DE L'ÉNUCLÉATION DANS LA PANOPHTHALMIE. — M. *Panas*. L'énucléation devra être pratiquée dès le moment où les tentatives faites pour arrêter la suppuration du globe seront devenues infructueuses. Même en pleine panophthalmie, on devra encore énucléer, à condition qu'il n'existe pas déjà des lésions indiquant une généralisation de l'infection et que le malade n'offre pas de tare organique, telle que l'albuminurie, le diabète, etc. L'antisepsie opératoire sera toujours de la plus complète rigueur.

M. Panas rapporte à ce sujet l'observation d'un homme atteint de panophthalmie post-opératoire qui entra récemment dans son service et fut opéré en plein cours de suppuration oculaire. Le surlendemain, sur une plainte du malade, on l'examina, et on trouva un épanchement pleural. Quelques jours après le malade était mort. L'autopsie montra une méningite purulente étendue, une pleurésie séro-purulente et des abcès pulmonaires multiples. Dans toutes ces lésions on rencontrait les mêmes micro-organismes, le staphylococcus albus, mélangé de streptococcus en proportion moindre et ceux-ci existaient à foison dans l'œil suppuré.

M. *Dufour*. On serait porté à croire que les énucléations dans les cas de panophthalmie sont actuellement sans danger; en effet, il y a huit jours, chez une jeune femme de 24 ans ayant des douleurs très

violentes, M. Dufour fit l'opération en pleine panophthalmie ; cette malade est actuellement en voie de guérison. Il faut croire que dans le cas de M. Panas, la mort a été en partie ou moins causée par le mauvais état général du malade, mais si l'on voulait opérer toujours les cas de panophthalmie, on pourrait créer des conditions favorables à l'infection.

M. *Abadie* a toujours été très étonné d'entendre proposer l'énucléation de l'œil dans la panophthalmie, d'autant plus que cette opération a toujours été proposée après des cas désastreux. La plupart des cas de mort après énucléation se sont en effet montrés dans des cas de panophthalmie. Dans ces cas l'opération est beaucoup moins facile, il est très difficile de séparer la capsule de Ténon, M. Abadie se contente de faire une large incision libératrice et de désinfecter autant que possible, sans énucléer, craignant que la suppuration ne se propage ainsi dans le tissu cellulaire de l'orbite.

M. *Motais* croit qu'il faudrait également s'enquérir des cas de mort dans le phlegmon de l'œil sans énucléation.

M. *Gayet* est également très partisan de l'énucléation dans la panophthalmie, il ne voit pas la gravité de cette opération et il croit que le malade de M. Panas serait mort même s'il n'avait pas été opéré. Quand on enlève un œil en pleine suppuration, au bout de trois ou quatre jours la suppuration a complètement disparu.

Les larges incisions du globe oculaire ne soulagent pas du tout les malades, ou du moins ne les soulagent que pour très peu de temps. L'éviscération est très douloureuse et ne fait pas tomber les accidents inflammatoires comme le fait l'énucléation.

M. *Fieuzal* n'a pas trouvé que l'éviscération donne les résultats annoncés par Graefe, l'incision cruciale ne soulage pas les malades ; aussi M. Fieuzal a fait dans ces cas un grand nombre d'énucléations sans aucun accident.

M. *Coppez* a complètement renoncé à l'énucléation dans les cas de panophthalmie après deux cas de mort ; l'opération [dans ces cas est en outre très difficile, on arrive avec beaucoup de peine à séparer l'œil de la capsule de Ténon. Il a pratiqué dans ces cas environ 150 fois l'éviscération sans aucun accident.

M. *Galezowski* a fait de très nombreuses énucléations, sans oser une seule fois faire cette opération dans la panophthalmie. Il a réuni une trentaine de cas de mort après l'énucléation dans la panophthalmie, tandis qu'il a vu un seul cas de mort après énucléation sans panophthalmie ; le malade est mort de diphthérie.

M. *Martin* (de Bordeaux) croit qu'il faut tenir compte de l'époque à laquelle ont été faites ces énucléations, avant ou après la méthode antiseptique.

M. *Panas*. Une chose certaine, c'est que les accidents sont rares; il faut chercher les contre-indications à cette opération; le malade de M. Panas a été opéré trop tard, il avait déjà de la pleurésie purulente et de l'ophthalmie sympathique. Ce qui étonne, c'est qu'on n'ait pas un bien plus grand nombre de cas de mort après cette opération. Heureusement il existe constamment dans notre organisme une force destructive des microbes. Il faut donc tenir compte des cas où l'infection est déjà commencée et de l'état constitutionnel.

Les cas de mort spontanée par propagation à la veine ophthalmique de furoncles de la lèvre, d'érysipèle, etc., sont bien plus communs que les cas de mort après énucléation.

Doit-on, pour des cas de mort extrêmement rares, renoncer à l'énucléation dans la panophthalmie. Le débridement de l'œil ne donne aucun soulagement et n'empêche nullement les accidents de continuer du côté du cerveau; c'est qu'en effet la choroïde est infiltrée, c'est de la purulence solide, du pus qui ne s'écoule pas. L'éviscération expose à des douleurs violentes et la coque oculaire que l'on conserve servira de pont pour l'infection. Au contraire, après l'énucléation tout se calme.

Quand la suppuration a envahi la cornée et la chambre antérieure, nous l'arrêtons rarement, malgré les pointes de feu et les lavages de la chambre antérieure.

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DANS LE GLAUCOME SIMPLE ET ABSOLU. —*M. Galezowski*. Dans le glaucome absolu, nous faisons la sclérotomie, l'iridectomie, et nous sommes souvent obligés d'arriver à l'énucléation. Les voies filtrantes antérieures sont oblitérées et la sclérotomie ne les débouche pas.

Dans ce cas, M. Galezowski fait en haut, en bas, en dehors et en dedans des incisions avec le couteau de Græfe, le tranchant, dirigé en avant, sectionnant sur une très petite étendue la sclérotique en avant de l'iris et la cornée.

M. Galezowski emploie non le couteau de Græfe ordinaire, mais un couteau courbé sur le tranchant. On peut dans ce cas conserver le globe, même lorsque l'œil est complètement perdu.

M. de Wecker. Tout le monde sait aujourd'hui que, dans le glaucome, ce ne sont pas les voies de filtration antérieure qui sont oblitérées, mais les voies postérieures.

M. Abadie. M. Galezowski nous propose de remplacer une sclérotomie par quatre sclérotomies. Après une sclérotomie l'écoulement de l'humeur aqueuse laisse peu de chambre antérieure, après la seconde, il y en a encore bien moins. On se demande donc comment on pourra pratiquer les deux autres.

LE STÉRÉOSCOPE ET LE STRABISME. — M. *Javal* présente un nouveau stéréoscope.

INSTRUMENT POUR LE TRAITEMENT OPTIQUE DU STRABISME.—M. *Bull*, présente également un nouvel instrument.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA STRABOTOMIE.—M. *Motais*. Les insuccès que l'on éprouve parfois dans l'opération du strabisme peuvent tenir à des faisceaux tendineux à des trabécules indépendants des tendons habituels et qui maintiennent le tendon en place.

M. *de Wecker* ne croit pas comme M. Javal que l'on peut faire fi de la mensuration du strabisme.

M. *Dor* (de Lyon) ne comprend pas qu'on mette en doute l'utilité de la mensuration du strabisme toutes les fois qu'on peut faire avoir aux malades la vision binoculaire.

M. Dor voudrait demander à M. Javal quels sont les résultats définitifs. Il ne croit pas que, lorsqu'un œil est complètement amblyope, on puisse rien obtenir par le stéréoscope.

M. *Meyer* répète comme il l'a dit hier que l'on peut arriver à obtenir la vision binoculaire avec le stéréoscope sans que cette vision binoculaire persiste dans la vie ordinaire.

La séance est levée.

A. CHEVALLEREAU.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE SPÉCIALE, par *F. Kœnig*, traduit de l'allemand par *J.-R. Comte*, avec une introduction par M. le Dr *Terrillon*. T. I, 1er fasc. (Delahaye et Lecrosnier, éd. Paris, 1888.)

M. Terrillon a bien voulu prendre sous son bienveillant patronage le livre de Kœnig et le présenter au public français. C'est un honneur qui vaut droit de naturalisation et ne pouvait être accordé qu'à un ouvrage de tout point recommandable.

« L'ouvrage du professeur Kœnig est plutôt un manuel qu'un traité didactique, car il se contente d'énumérer les opinions principales des divers auteurs sans les discuter longuement, mais en ayant soin cependant de n'accepter que celles qui sont couronnées par l'expérience ou admises par les autorités chirurgicales les plus incontestées. Ce n'est donc pas un livre de critique, mais un ouvrage écrit dans un esprit pratique tout spécial. On sent à la lecture que celui qui l'a écrit est avant tout non seulement un chirurgien instruit, mais un praticien habile et judicieux.

« Ce traité est remarquable par ses précieuses indications pratiques, bien différent en cela de beaucoup de livres français où la part

donnée à l'historique, à l'histologie et la théorie pathogénique cache quelquefois au lecteur, encore peu familiarisé avec la clinique, les préceptes réellement utiles pour le chirurgien pratiquant. Kœnig évite aussi ces longues discussions sur le diagnostic, ordinairement si inutiles à la fin des chapitres de pathologie, car ils ne font que résumer inutilement les symptômes et les signes. »

Nous ne pouvons mieux dire que M. Terrillon et citer textuellement les paroles du maître nous semble la meilleure recommandation que nous puissions faire du livre.

D[r] F. Verchère.

NÉCROLOGIE

Le D[r] Fournet (Jean-Michel), ancien interne des hôpitaux de Paris (1833), lauréat de la médaille d'or (1837), vient de mourir à Versailles.

M. Ducruzel (L.), professeur de chimie à l'école de médecine et de pharmacie d'Alger.

Le D[r] Lesson (Pierre-Adolphe), médecin de la marine en retraite, décédé à l'âge de 82 ans.

Le D[r] Prioleau, de Charleston.

NOUVELLES

Missions. — M. le D[r] Ambroise Montprofit est chargé d'une mission en Suisse et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation hospitalière et le fonctionnement de l'enseignement chirurgical.

— M. le D[r] Félix Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission gratuite en Allemagne, en Autriche et en Russie, à l'effet d'étudier certaines questions relatives à l'organisation scientifique des hôpitaux de ces pays.

— La Société de géographie de Paris vient de décerner une médaille d'or (prix Logerot) à M. le D[r] René Verneau, pour sa monographie des îles Canaries (1877-1887). Ce même distingué confrère vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

Pharmaciens de seconde classe. — M. le ministre de l'instruction publique adresse la lettre suivante aux recteurs des diverses académies :

Les décrets des 14 juillet 1875, 12 juillet 1878 et 26 juillet 1885, déterminant les conditions d'études imposées aux aspirants aux grades de pharmacien de 1[re] et de 2[e] classe, ont abrogé les dispositions du règlement d'administration publique en date du 22 août 1854, qui n'exigeait que six inscriptions des candidats à la 2[e] classe, élèves des écoles préparatoires. Cependant, j'ai été informé qu'un étudiant venait d'être admis récemment à subir le premier examen probatoire en ne justifiant que de six inscriptions. Ce fait constitue une infraction grave aux prescriptions actuellement en vigueur et j'ai décidé que, si un cas semblable se produisait de nouveau, l'examen ou les examens subis dans ces condition

seraient annulés. Vous voudrez bien en informer MM. les directeurs des écoles préparatoires de votre ressort académique et profiter de cette occasion pour leur transmettre des instructions très précises. Aux termes de ces instructions, MM. les secrétaires des établissements dont il s'agit ne devront accepter la consignation pour les examens probatoires qu'après s'être assurés d'une façon certaine que le candidat justifie d'un stage complet et d'une scolarité régulière.

Recevez, etc. E. LOCKROY.

— PRIX A DÉCERNER AUX MÉDECINS MILITAIRES EN 1889. — Par application des dispositions de la décision ministérielle du 5 juin 1883, instituant des prix en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, le ministre de la guerre a décidé que les sujets traités pour les prix à décerner en 1889 seront laissés au choix des candidats; mais ils seront inédits et se rapporteront exclusivement à la médecine ou à la chirurgie d'armée.

Les médecins militaires qui prendront part au concours devront autant que possible faire transcrire leur mémoire par une main étrangère, et seulement sur le recto de chaque page.

Les mémoires seront renfermés dans une enveloppe scellée portant une épigraphe, et cette mention en gros caractères : « Concours pour le prix de médecine et de chirurgie. Ne pas ouvrir. »

L'épigraphe sera répétée sur une autre enveloppe plus petite, scellée de trois cachets à la cire et contenant la signature, les noms, prénoms, grade et emploi de l'auteur.

Le tout sera placé dans une enveloppe portant comme souscription : « Monsieur le Ministre de la guerre. Direction du service de santé. »

Les Mémoires devront parvenir directement, et sans aucun intermédiaire, au ministre, avant le 15 novembre 1889.

HOPITAL DU MIDI. — M. le Dr Du Castel commencera le vendredi 1er juin, à 9 heures et demie, une série de conférences cliniques et la continuera les vendredis de chaque semaine à la même heure.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 13 *au* 19 *mai* 1888. — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 6. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, Croup, 44. — Phthisie pulmonaire, 185. — Autres tuberculoses 26. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48.

Méningite, 47. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 53. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 57.

Bronchite aiguë et chronique, 56. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 66.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 54.

Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 19. — Suicides et autres morts violentes, 22. — Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 945. — Résultat de la semaine précédente : 1027.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.


LA
FRANCE MÉDICA
BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS
Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI
COMITÉ DE RÉDACTION :
UNION POST.
PAYS D'OUTR
AMAR INDIEN GRILL
Fruit laxatif rafraîchissant
Contre CONSTIPATION
pétit, Embarras gastrique et intestinal, et la Migraine en pro
ne contient aucun drastique. — La Boîte fr 2.50
SCHOENBRUNN près ZOUG
Établissement hydrothérapique. — Électrothérapie.
ffections spécialement traitées à Schoenbrunn : Maladies du s
veux et des organes de la digestion ; Anémie ; Rhumatis
ralgies ; Faiblesse des organes génitaux.
Médecin : Docteur HEGGLIN.
Saison du 15 Mai au 15 Octobre.
ÉPILEPSIE • HYSTÉRIE • NÉVROSE
avec tant de soin par les Médecins
des hospices spéciaux de Paris, a dé-
terminé un nombre très considérable
de guérisons. Les recueils scientifiques
les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette prépa-
ration bromurée en France, en Angle-
chimique absolue et au dosage ma
matique du sel employé, ainsi
son incorporation dans un sirop
écorces d'oranges amères d'une
lité très supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP
potassium.
PRIX DU FLACON : 5 FRANCS
DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
our les annonces s'adresser

35e Année. — Tome I. N° 63 Jeudi 31 Mai 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

***Paris, le 30 mai* 1888.**

M. Dujardin-Beaumetz a présenté hier à l'Académie un pain très riche en matières azotées, qu'il contient même en proportions plus considérables que la viande, et ne renfermant au contraire qu'une très minime quantité de substances amylacées et sucrées, ce qui permettra de l'employer de préférence au gluten dans l'alimentation des diabétiques.

Comme pour faire pendant à la communication précédente, M. Chatin a présenté, de la part de M. Georges Jacquemin, de Nancy, un échantillon d'un vin d'orge agréable au goût, rappelant, a dit M. Pasteur, le champagne un peu éventé et d'autre part très tonique et très nourrissant, puisqu'il contient 40 grammes d'extrait par litre et 5 pour 100 d'alcool.

M. de Saboia, doyen et professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Rio Janeiro, a lu un travail pour montrer les avantages relatifs de l'extirpation de l'utérus et de ses annexes.

M. le professeur Cornil a fait une communication sur un travail lu récemment à l'Académie par M. Doyen, chargé de cours à l'école de médecine de Reims, et en même temps a lu un travail dû à l'un de ses préparateurs, M. Widal. Ces deux jeunes savants, recherchant les microbes qui produisent l'érysipèle et ceux qui produisent l'infection puerpérale, sont arrivés aux mêmes résultats. Ils ont constaté que, dans les deux cas, le microbe était identique, c'est le streptococcus pyogenes, streptococcus qui peut à lui seul produire diverses maladies et dont le nom varie dans les différents cas.

Une courte mais très intéressante discussion s'est élevée après cette communication au sujet de la fièvre puerpérale. M. Cornil avait pensé que, dans l'infection puerpérale, la forme septicémique était beaucoup plus grave que la forme pyohémique. M. Peter, M. Guéniot et M. Siredey se sont vivement élevés contre cette opinion.

M. Leloir, correspondant de l'Académie à Lille, l'auteur d'un

livre qui a été le point de départ de la discussion actuelle sur la lèpre, est venu répondre au dernier discours de M. Le Roy de Méricourt, mais en se bornant à peu près à renvoyer aux arguments qu'il avait déjà produits dans son traité.

M. le professeur Laboulbène a montré à l'Académie un échantillon de la mouche tsétsé qui cause tant de ravages sur les animaux de l'Afrique intertropicale.

M. Delorme, à la fin de la séance, a montré les désordres produits dans le corps humain par les balles du fusil Lebel. C'est effrayant et très consolant à la fois.

L'Académie avait à procéder dans cette séance à l'élection d'un membre associé libre. C'est toujours une grosse affaire qui attire beaucoup d'académiciens et beaucoup de curieux. L'Académie était presque au complet, il y avait en effet 92 votants; M. Magitot a été élu par 47 voix au premier tour de scrutin. A. Ch.

Endocardite des valvules de l'artère pulmonaire. Insuffisance. Mort par embolie pulmonaire (1).

Par M. C. Hischmann.
Ancien interne des hôpitaux.

F... (Jean), 52 ans, boulanger, entre salle Saint-Jérôme, service de M. le Dr Siredey, le 2 mai 1887.

Le malade entre à l'hôpital dans un état de dyspnée assez accentué.

Interrogé sur ses antécédents pathologiques, ses réponses sont à peu près négatives. Il n'a jamais été atteint de quelque maladie générale que ce soit, n'est pas rhumatisant, n'a pas eu la syphilis et nie tout excès alcoolique. Pas d'antécédents héréditaires intéressants à signaler.

Le seul point sur lequel il attire l'attention est le suivant :

Depuis plusieurs années il est facilement essoufflé et ne peut se livrer à des travaux fatigants sans être atteint d'oppression. Il lui est impossible de monter plusieurs étages d'un escalier sans s'arrêter en route, et il est toujours pris de palpitations assez pénibles.

Malgré tout, c'est au 25 mars 1887 qu'il faut remonter pour trouver l'origine de la maladie qui l'amène à l'hôpital. Depuis cette époque il tousse et il est gêné pour respirer, même en dehors de tout travail. Il a des accès de dyspnée qui surviennent surtout le soir et la nuit; et cet état s'est aggravé encore depuis une huitaine de jours.

Le malade présente les apparences d'une constitution robuste. La

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

poitrine large, bien développée, est légèrement saillante et bombée en avant dans les creux sous-claviculaires, du côté droit surtout. Mais son facies révèle, en revanche, l'anxiété respiratoire à laquelle il est en proie. Les joues sont légèrement cyanosées ainsi que les lèvres et il y a du jeu des ailes du nez.

L'examen attentif des organes renfermés dans la cavité thoracique ne révèle pas de signes bien précis et permettant d'expliquer la dyspnée qui existe si manifestement.

Sans doute la sonorité est exagérée dans les régions où il y a saillie du thorax ainsi que nous l'avons dit plus haut; la respiration est celle qu'on observe chez les malades atteints d'emphysème (respiration brève, faible, expiration rude et légèrement prolongée); mais en dehors de quelques râles sibilants disséminés en arrière dans l'étendue des deux poumons, on ne constate l'existence d'aucune lésion en foyer, non plus que d'un épanchement pleural quelconque.

L'expectoration peu abondante est constituée par quelques crachats mousseux transparents.

Les bruits du cœur sont normaux quoique un peu sourds, caractère dû probablement à l'emphysème pulmonaire; mais on ne perçoit pas de souffle dans toute la région précordiale.

Pouls fréquent, mais régulier; 104 pulsations à la minute.

Les autres organes sont sains, autant qu'on peut le présumer: le foie ne déborde pas les fausses côtes; les urines sont normales et ne renferment pas de trace d'albumine. L'appétit est nul, mais les fonctions digestives sont régulières; il n'y a ni diarrhée ni constipation.

Le malade n'a, d'autre part, pas de fièvre; le thermomètre marque 37°8 le soir de son entrée à l'hôpital; 37°2 à 37°4 les jours suivants.

Traitement: Ventouses sèches. Julep diacode avec 0gr.50 d'iodure de potassium. Régime lacté.

Le 12 mai, le malade était notablement amélioré: la dyspnée avait considérablement diminué et il commençait à se lever.

Les jours suivants rien de particulier ne se produisit dans l'état du malade que l'on songeait à envoyer en convalescence à Vincennes, lorsque, le 21 mai, sans cause appréciable, la dyspnée reparut plus violente que la première fois. Le facies était complètement cyanosé, les respirations étaient de 50 par minutes. L'auscultation révéla la présence de râles sonores nombreux; mais cette fois on trouva aux deux bases pulmonaires, en arrière et du côté gauche surtout, des râles sous-crépitants fins.

Ventouses répétées; potion cordiale, sirop d'éther, etc.

Le 23 mai, aucune amélioration ne s'était produite, tandis qu'au contraire il eut une première hémoptysie, composée de sang assez foncé en couleur et mélangé aux crachats. Cette hémoptysie

se répéta, d'ailleurs, les jours suivants jusqu'au 27 mai, époque à laquelle il succomba.

L'auscultation fut pratiquée tous les jours, le matin et le soir ; elle ne fit rien découvrir en dehors de ce que nous avons signalé. La région précordiale, nous insistons sur ce fait, ne fut à aucun moment le siège d'un souffle ou d'un bruit anormal quelconque. Enfin les urines ne furent jamais albumineuses.

La médication fut celle que l'on administre toujours en pareil cas. Ventouses scarifiées, purgatifs, sirop d'éther, etc..

Le 27 mai, le malade semblait un peu moins oppressé lorsqu'il mourut subitement dans son lit sans qu'aucun de ses voisins s'en aperçut.

Autopsie faite le 28 mai, vingt-sept heures après la mort.

Les poumons sont adhérents à la paroi costale, retenus qu'ils sont par de nombreuses brides de pleurésie sèche.

A la coupe ils sont fortement congestionnés et laissent écouler une grande quantité de sérosité rougeâtre. Mais dans le poumon droit en particulier, les lobes moyen et supérieur sont plus consistants et offre l'aspect de la splénisation, on ne trouve pas, d'ailleurs, d'infarctus.

En incisant l'artère pulmonaire depuis son origine et en la poursuivant dans le parenchyme pulmonaire, on constate la présence d'un caillot qui occupe non seulement la branche droite du vaisseau, jusqu'à son origine, mais se continue dans les rameaux destinés aux lobes supérieur et moyen du poumon droit. Ce caillot, adhérent à la paroi du vaisseau, est formé de couches concentriques, dont les plus centrales ont une coloration jaunâtre. Il existe également dans l'infundibulum de l'artère pulmonaire des caillots récemment formés.

Le cœur est volumineux, mais cet état tient surtout à la distension du ventricule droit par du sang coagulé abondant, car les parois elles-mêmes ont conservé à peu près leur épaisseur normale (0m.008 environ).

Il n'existe aucune lésion dans le cœur gauche, pas plus du côté de la valvule mitrale que du côté des sygmoïdes aortiques.

Au contraire, en versant un filet d'eau dans l'artère pulmonaire, on constate immédiatement l'insuffisance de cet orifice, et en l'incisant on trouve les valvules sygmoïdes pulmonaires profondément altérées. L'une d'entre elles seulement est demeurée à peu près saine, les deux autres ont leurs bords déchirés, comme déchiquetés et leur surface végétante recouverte de petites saillies verruqueuses, plus ou moins lisses, dont une partie se détachant facilement avec l'ongle est entièrement due à des concrétions fibrineuses (résultat

qui a été confirmé, d'ailleurs, par l'examen histologique). Les nodules d'Arentius sont détruits.

Le calibre de l'artère est augmenté par suite d'une dilatation manifeste du vaisseau.

Il n'y a toutefois aucune trace de lésion athéromateuse.

Quant à la valvule tricuspidienne, elle est absolument normale. L'examen microscopique n'a fait reconnaître que les caractères habituels des endocardites chroniques.

Le rein gauche, le foie et la rate sont le siège de quelques petits infarctus peu importants de date ancienne, et on ne retrouve plus actuellement les embolies vasculaires qui leur ont donné naissance. La cause de ces infarctus nous échappe en raison de l'intégrité des valvules du cœur gauche.

Le malade a donc succombé à l'embolie pulmonaire et ces embolies, d'après la marche des accidents, se sont produites en plusieurs temps, si l'on s'en rapporte aux crises de dyspnée qui se sont manifestées à diverses reprises et aux hémoptysies qui se sont succédé pendant plusieurs jours.

Il n'existe qu'un très petit nombre d'observations d'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire, à peine en a-t-il été publié une douzaine de cas dont les auteurs sont Benedickt, Frerich, Morison, Kolisho, Weiss, Budin, Vimont (Th. de doctorat), Klob, Rœber, Withley, Decornière et Von Wahl (Th. agrégat. de Porak,) etc. Dans ce nombre la plupart n'ont, comme le nôtre, été reconnus qu'à la table d'amphithéâtre. M. le Dr. C. Paul, en revanche, cite quelques observations dans son livre où le diagnostic, à peu près certain d'après les signes physiques, n'a pas été contrôlé par l'examen nécroscopique.

Les symptômes fonctionnels ne présentent rien de bien spécial, ils consistent en palpitations et dyspnée plus ou moins accentuée. L'auscultation a pu quelquefois déceler la présence d'un souffle diastolique le long du bord gauche du sternum, se propageant tantôt vers la partie inférieure de cet os, quelquefois dans les vaisseaux du cou. Quant au pouls, aucun auteur n'a constaté de modifications appréciables dans ses caractères normaux :

Il est possible que certaines insuffisances pulmonaires aient été prises pour des lésions aortiques : le souffle diastolique de l'orifice aortique pouvant par exception se propager dans diverses directions, l'existence d'un maximum au foyer pulmonaire n'est pas dans la plupart de ces cas une indication suffisante pour adopter un diagnostic aussi rare que celui de l'insuffisance pulmonaire. Les caractères du pouls aortique pourraient en pareille circonstance avoir une réelle importance pour établir le diagnostic.

Quoi qu'il en soit, dans l'observation que nous venons de rapporter, tous les signes physiques ayant fait complètement défaut, le diagnostic de la lésion était impossible. Jamais, à aucun moment de la maladie, le moindre souffle siégeant en un point quelconque de la région précordiale ne s'est fait entendre, quelque soin que l'on ait eu de le rechercher.

Quand à la pathogénie de la lésion elle-même, elle n'est pas moins obscure. Le malade ne présentait aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel important à relater; il n'était ni alcoolique, ni syphilitique et ne paraissait avoir eu aucune maladie générale ni infectieuse. Nous sommes donc contraints de rester dans le doute à ce sujet, aussi complètement que nous l'avions été pendant la vie au point de vue du diagnostic.

Le fait n'en est pas moins intéressant à signaler, et s'il n'est pas permis d'en tirer des conclusions pratiques, peut-être, lorsqu'un plus grand nombre de faits du même genre aura été publié, sera-t-il possible d'éclairer d'une façon plus précise l'histoire des endocardites du cœur droit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 *mai* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

LA CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le Dr Combalat qui se porte candidat au titre de correspondant (2e division); 2° Une lettre de M. le Dr Ramenowski, de Bédoin (Vaucluse) sur l'action de l'ozone sur l'organisme; 3° Un rapport sur les épidémies ayant régné en 1887 dans l'arrondissement de Charolles, par le Dr Gabriel Gauthier; 4° Un rapport de M. le Dr Chandeny, de Mezel-Estoublon (Basses-Alpes), sur les maladies épidémiques observées et les vaccinations pratiquées par lui en 1887; 5° Une lettre du ministre de l'instruction publique transmettant le décret qui approuve l'élection de M. Moissan dans la section de pharmacie.

M. Combalat, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Marseille, envoie à l'appui de sa candidature un travail manuscrit sur le pronostic et le traitement des sarcomes de l'orbite à propos de deux observations longtemps suivies de cette maladie.

LE PAIN DE SOYA. — M. *Dujardin-Beaumetz* présente, de la part de M. Lecerf, le produit de la panification avec la graine de soya. Le soya est une légumineuse originaire de l'Asie et que l'on cultive aujourd'hui en Autriche-Hongrie. Il donne une farine très azotée, supérieure même à la viande par le chiffre de matière protéique. Ce pain, d'un goût assez agréable, ne contient qu'une proportion très

minime de substance amylacée et sucrée, ce qui permettra de l'employer chez les diabétiques.

LE VIN D'ORGE. — M. *Chatin* présente, de la part de M. Georges Jacquemin (de Nancy), un échantillon de vin d'orge. Ce vin renferme 40 grammes d'extrait par litre et en moyenne 5 0/0 d'alcool.

M. *Pasteur*. J'ai goûté ce vin qui est en effet un véritable vin, d'un goût très agréable. Il rappelle un peu le champagne éventé.

ELECTION. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre. Sur 91 votants, majorité 46, M. Magitot est élu par 47 voix contre 30 données à M. Lereboullet, 10 à M. Rivière, 3 à M. Blache et 1 à M. Galezowski.

EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES. — M. le Dr *de Saboia*, doyen et professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, lit un travail qu'il résume ainsi :

L'extirpation totale de l'utérus est justifiable : 1° dans certains cas de myo-fibromes, d'inversion irréductible et de cancer; 2° elle est préférable à l'amputation partielle et cunéiforme dans les cas de cancer ayant envahi ou commencé par les parois internes du canal cervical et, par contre, l'amputation partielle doit être employée de préférence pour les cas de cancer de la section vaginale du col, parce que la récidive aura lieu après l'une ou l'autre de ces opérations; mais la femme est exposée à moins de danger avec l'amputation partielle qu'avec l'extirpation totale, et la récidive ne se fait pas plus rapidement dans un cas que dans l'autre; 3° l'extirpation par le vagin est préférable, à tous les points de vue, à celle par l'abdomen; 4° l'extirpation doit toujours comprendre les annexes de l'utérus, non seulement dans le but de diminuer les chances de récidives, comme pour empêcher les troubles produits par les règles sur le processus de la réparation de la plaie et prévenir certains accidents qui ont été constatés quand on n'a pas en même temps extirpé les ovaires; 5° le mouvement de bascule fait d'arrière en avant pour tirer au cours de l'opération le corps de l'utérus en dehors, rend le dégagement de tout l'organe plus facile qu'en le basculant d'avant en arrière; 6° la suture de la plaie est inutile et peut encore être dangereuse; 7° la ligature des vaisseaux est moins gênante pour les femmes que les pinces laissées à demeure; 8° les tubes à drainage ne présentent pas de très grands avantages; 9° l'antisepsie la plus rigoureuse doit être employée pour mettre l'opérée à l'abri des accidents infectieux et pour assurer la réussite opératoire.

DE L'IDENTITÉ DES MICROBES DE L'ÉRYSIPÈLE ET DE L'INFECTION PUERPÉRALE. — M. *Cornil* lit un rapport sur une communication récemment faite à l'Académie par M. Doyen, chargé de cours à l'école de

médecine de Reims, communication que nous avons résumée ici et dans laquelle l'auteur montre l'identité des microbes qui produisent l'infection puerpérale et l'érisypèle. M. Cornil confirme les recherches de M. Doyen.

M. Cornil lit ensuite, de la part de M. Fernand Widal, une note intitulée: Note sur l'identité de différentes formes de l'infection puerpérale. Cette note se résume ainsi :

1° Contre le streptocoque de l'érysipèle et celui de l'infection puerpérale, il n'existe jusqu'à présent aucun caractère distinctif et, dans l'état actuel de la science, il serait impossible à un expérimentateur de distinguer l'un ou l'autre de ces organismes.

2° Le streptococcus pyogène suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est un des points les plus intéressants de son histoire.

C'est par exception qu'un microbe différent du streptocoque peut déterminer l'infection chez la nouvelle accouchée.

M. Widal est donc absolument d'accord avec M. Doyen.

M. *Peter* demande quels étaient les symptômes de la fièvre puerpérale alors qu'il n'y avait pas de pus. Étaient-ce simplement des symptômes typhoïdes?

M. *Cornil*. C'était la forme septicémique pure, avec des symptômes typhoïdes, c'est une forme plus grave que la forme pyohémique parce qu'elle se termine rapidement par la mort, et à l'autopsie on ne trouve rien. C'était le désespoir de Béhier qui ne trouvait rien malgré les plus minutieuses recherches. C'est dans cette forme que l'on trouve les microbes dont ont parlé M. Widal et M. Doyen.

M. *Peter* croit que la forme pyohémique suppurative est beaucoup plus grave que la forme septicémique, puisque cette dernière guérit quelquefois tandis que la première ne guérit jamais. En second lieu, le nom de streptococcus pyogène est bien mal donné puisque le microbe provoque l'apparition d'érysipèles où il n'y a pas de pus et que de même on le trouve dans la forme non suppurée de l'infection puerpérale. C'est donc bien l'organisme qui fait le pus et non pas le microbe.

M. *Cornil* ne partage pas l'avis de M. Peter sur la gravité relative de ces deux formes de l'infection puerpérale.

Quant au nom de streptococcus, ce nom a varié selon les points où ce microbe a été rencontré et selon les maladies dont il a provoqué l'apparition.

M. *Peter*. C'est un streptocoque à tout faire.

M. *Cornil*. Quant à dire que c'est l'organisme qui fait le pus, c'est certain, mais nous connaissons une dizaine de microbes qui provoquent dans l'économie l'apparition du pus.

M. *Guéniot* s'élève vivement contre cette assertion de M. Cornil que la forme septicémique est la forme grave de l'infection puerpérale. Il a pu guérir de nombreux cas très graves de septicémie puerpérale, tandis qu'il en est tout autrement de la forme pyohémique. C'est contre la forme septicémique que les moyens antiseptiques actuellement employés ont une réelle action.

M. *Verneuil.* La septicémie a des degrés, il y a des septicémies beaucoup plus graves que la pyohémie. Si l'on a des ascensions subites de la température, le malade est rapidement foudroyé.

M. *Stredey* partage absolument l'opinion de M. Peter et de M. Guéniot. La septicémie puerpérale guérit souvent, la pyohémie ne guérit pas et, dans toutes les autopsies qu'il a pu faire, il a toujours trouvé du pus.

La nature contagieuse de la lèpre. — M. *Leloir* croit que, l'hérédité ne pouvant à elle seule expliquer la préférence et le développement de la lèpre, il faut invoquer des causes extérieures. Il croit de même que les conditions extérieures, alcoolisme, syphilis, peuvent expliquer la persistance de la lèpre, mais sans être capables de provoquer sa génération spontanée. En troisième lieu, toutes les fois que la lèpre a pénétré dans un pays jusque-là indemne, c'est qu'elle y a été introduite par des lépreux. La lèpre a disparu des divers pays avec une rapidité en rapport avec les mesures d'isolement qui ont été prises. M. Leloir a rapporté dans son traité des cas absolument démonstratifs de contagion de la lèpre.

Bien que jusqu'ici l'inoculabilité de la lèpre ne soit pas encore démontrée, M. Leloir conclut donc qu'on ne peut expliquer le développement de la lèpre autrement que par la contagion.

Reste à savoir si le bacille de la lèpre peut transmettre directement la maladie à l'homme ou s'il ne la transmet qu'indirectement avec une phase de développement en dehors de l'homme. Cette hypothèse expliquerait l'impossibilité où l'on a été jusqu'ici d'inoculer la lèpre.

Les médecins des pays atteints de lèpre commencent à accepter l'opinion de la contagion de même que les médecins de la marine française.

La mouche tsetsé de l'Afrique intertropicale. — M. *Laboulbène* présente un échantillon de cette mouche qui produit de grands ravages dans l'Afrique intertropicale, et détruit parfois, en peu de jours, de grands troupeaux. Aussi, la chèvre est-elle à peu près le seul animal domestique que l'on puisse employer dans ces pays.

Cette mouche est à peine un peu plus grosse que la mouche ordinaire de nos maisons. L'examen de ses divers organes n'a montré chez elle rien de toxique. M. Laboulbène croit donc que les acci-

dents très réels causés par cette mouche doivent être attribués à des matières septiques ou purulentes que ces mouches puisent elles-mêmes sur des animaux malades.

M. Laboulbène propose de remettre à M. le professeur Straus cet exemplaire de la tsetsé avec mission de faire des recherches physiologiques et de déterminer la cause des accidents qu'elle produit.

EXPÉRIENCES SUR LES LÉSIONS PRODUITES DANS LE CORPS PAR LE FUSIL LEBEL. — M. *Delorme*. Les projectiles du fusil de 8 millimètres produisent des effets semblables à ceux produits par le fusil de 11 millimètres. L'orifice des plaies en séton est d'autant plus petit que le coup a été tiré à une distance plus éloignée. L'orifice de sortie est toujours plus considérable. A une distance de 800 mètres et au-dessous on observe des effets explosifs.

Sur les os on retrouve les lésions typiques que produisent les balles du fusil Gras : fractures par gouttières, par perforation, avec grandes esquilles.

Certains chirurgiens, qui ont fait des expériences avec ces projectiles, ont prétendu qu'ils ne se fragmentaient jamais. La chose n'est pas exacte. Dès que le sommet de la balle vient à s'aplatir sur un plan dur, l'enveloppe éclate et la balle se résout en un grand nombre de petits morceaux.

Ces projectiles perforent à 200 mètres des arbres de 70 centimètres de diamètre, et ils vont encore, par derrière, s'enfoncer à 7 ou 8 centimètres dans les pierres d'un mur.

Dans les cas où l'arbre n'est pas absolument perforé, on voit sortir des bulles d'air par l'orifice d'entrée. Cet air ne sort pas de l'arbre, car on ne voit pas de bulles d'air quand l'arbre a été traversé entièrement et qu'il y a deux orifices d'entrée et de sortie. Il s'agit donc bien de l'air entraîné par la balle, et qui a pénétré dans l'arbre à sa suite. (Comm. MM. Maurice Perrin, Lannelongue, Cusco.)

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine.

Dans la dernière séance du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. Lépine, secrétaire général de la préfecture de police, a fait connaître qu'il avait reçu du chef du laboratoire municipal une communication sur laquelle il a appelé toute l'attention du conseil. Il s'agit de l'apparition dans les matières alimentaires du nouveau produit, la saccharine, dont nous avons parlé à plusieurs reprises, et

notamment dans notre dernière causerie scientifique. Voici la substance de cette communication :

Le 11 mai courant il a été déposé au laboratoire un échantillon de vin de Champagne, étiqueté Cuvée S. P., de saveur très sucrée, mais avec un arrière-goût désagréable. L'analyse y a décelé une proportion d'extrait très faible (16 gr. 6 de litre), très peu de sucre réducteur (2 gr. 4), l'absence complète de saccharose et la présence de saccharine. Le déposant n'a pu encore nous indiquer l'origine de ce vin.

Les inventeurs de la saccharine ont fabriqué d'abord ce produit pour l'usage médical, comme un adoucissant au régime des diabétiques ; mais ils ne cachaient pas leur intention, aussitôt que le prix de revient le permettrait, de le lancer dans l'industrie pour augmenter le pouvoir édulcorant des glucoses, dont le cours est peu élevé, et de créer ainsi une confiserie à bon marché en faisant une concurrence sérieuse au sucre de canne ou de betterave.

Ils sont arrivés aujourd'hui à leur but et livrent à l'industrie des sirops de glucose et glucose massés, additionnés de saccharine par kilogramme équivalent à leur poids de sucre de betterave, et se vendent 33 marks ou 41 fr. 25 c. les 100 kilos ; ceux à 2 grammes de saccharine par kilogramme sucrent autant que le double de leur poids de sucre de betterave et se vendent 43 marks ou 53 francs 75 c. les 100 kilos.

M. Lépine a fait observer que l'usage et la mise en vente de ce nouveau produit pouvaient mettre en péril les intérêts du Trésor, de l'agriculture et de l'industrie sucrière. Il y a lieu, en tout cas, pour le conseil, de rechercher s'il n'offre pas de danger pour la santé publique, et, même dans le cas où il serait inoffensif, il paraît évident que la saccharine ne possède pas les qualités nutritives et alimentaires du sucre.

En conséquence, il a prié le conseil de vouloir bien examiner cette question.

Celle-ci a été renvoyée à une commission composée de MM. Peligot, Jungfleisch, Riche, Armand Gautier, Proust et Dujardin-Beaumetz.

Dans la même séance, M. Armand Gautier a fait connaître au conseil que l'on vendait aujourd'hui à Paris, particulièrement dans les environs des Halles centrales, un liquide destiné, d'après les industriels qui le débitent, à étamer les ustensiles de cuisine, et au besoin à transformer le cuivre en argent. Il a examiné ce liquide, qui n'est autre que du nitrate de mercure concentré, sel aussi dangereux que le sublimé corrosif. Grâce à ce liquide, les acquéreurs, et particulièrement les gens de cuisine, amalgament inconsciemment leurs

ustensiles sous prétexte de récurage, puis la préparation culinaire entraîne ce mercure dans les aliments au grand détriment de la population parisienne qui n'est pas prévenue.

M. Armand Gautier a donc cru devoir faire cette communication au conseil, désireux qu'il est, d'une part, que l'administration arrête le débit d'une substance aussi dangereuse (et il croit savoir qu'à cet égard elle a déjà pris quelques mesures), d'autre part, afin que, grâce à la publication du procès-verbal de cette séance, ces faits arrivent à la connaissance du public qui, prévenu, saura sans doute se défendre contre cette dangereuse pratique, qui donnerait lieu *à une poursuite devant le tribunal correctionnel* par application de l'ordonnance du 20 octobre.

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — *Concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie.* — Ce concours sera ouvert le lundi 6 août 1888, à quatre heures, à l'Amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration, à partir du lundi 25 juin jusqu'au lundi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr William Dubreuilh, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, ancien interne des hôpitaux de Paris.

École de médecine de Toulouse. — Le concours pour une place de professeur suppléant de pathologie externe vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Vieusse.

Le concours pour une place de professeur suppléant de pathologie interne vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Cabadé.

Le concours pour une place de professeur suppléant de clinique obstétricale vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Secheyron.

Le concours pour une place de professeur suppléant de pharmacie vient de se terminer par la nomination de M. Beille.

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Nicouleau, interne de l'Asile d'aliénés de Bordeaux, est nommé médecin adjoint de l'Asile de Saint-Yon, et placé dans la deuxième classe de son grade (2,500 francs).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 65. SAMEDI 2 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. — N° 64 Samedi 2 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE CRITIQUE

Le surmenage physique,

Depuis longtemps l'étiologie générale avait accordé une influence plus ou moins pernicieuse à la fatigue dans la genèse des maladies. Mais son rôle n'a pu être bien défini que lorsque les progrès de la chimie physiologique et de la physiologie pathologique ont permis d'en comprendre le mécanisme.

Jusque-là, à part quelques exemples qui frappaient par leurs accidents brusques, on n'avait guère supposé que le surmenage physique put être une cause exclusive de maladie.

Les travaux d'Arloing, de Bouley, de Revilliod et surtout les leçons professées par M. le professeur Peter ont bien montré toute la place qui revient aux excès de travail physique dans la pathologie humaine. La thèse récente de M. Rendon (1) résume enfin heureusement l'enseignement de M. Peter sur l'autotyphisation.

Le surmenage physique, en effet, n'a pas simplement pour conséquence de mettre l'individu en état de réceptivité morbide, comme on l'a dit, mais il développe par lui-même de nombreux accidents dont la physiologie pathologique en relève directement. Un grand nombre de phénomènes, qui avaient d'abord paru étrangers aux excès de fatigue ou développés seulement à leur occasion, leur appartiennent réellement, c'est là ce qu'a démontré l'observation clinique.

On sait que le travail musculaire, en dehors de la consommation plus abondante d'oxygène, entraîne la formation de produits de désassimilation qui doivent être éliminés surtout par l'urine.

Ces produits, dont quelques-uns sont particulièrement toxiques et que le professeur Gautier a décrits sous le nom de leucomaïnes, peuvent devenir une source de dangers pour l'organisme s'ils se produisent en trop grande quantité ou si les émonctoires, reins et foie, cessent de remplir leurs fonctions ou deviennent seulement insuffisants.

(1) Victor Rendon. Fièvres de surmenage, 1888.

Cette auto-intoxication n'est pas simplement une vue de l'esprit. Elle est démontrée à la fois par les caractères chimiques et physiologiques que prend l'urine au moment de la crise qui signale la disparition des symptômes.

L'urine qui, jusqu'alors, était rare et albumineuse, cesse de l'être, elle devient abondante et il se produit souvent une véritable débâcle d'urée. Cette augmentation excessive de l'urée et probablement des matières extractives paraît dépendre du surmenage, car un travail modéré augmente surtout la consommation de l'oxygène sans élever la production dans de notables proportions.

Mais ce sont surtout les travaux de M. le professeur Bouchard sur la toxicité des urines qui prêtent un appui solide à la théorie de l'auto-intoxication. A l'état ordinaire, les urines de la veille possèdent un pouvoir beaucoup plus toxique que les urines de la nuit. Il est vrai de dire qu'on n'a pas expérimenté d'une façon spéciale sur l'urine des surmenés. Ce que l'on sait d'après les expériences de MM. les professeurs Bouchard et Lépine, c'est que les urines fébriles ou même les urines émises seulement dans l'état de courbature sans fièvre sont plus toxiques que les urines normales et contiendraient, en outre, d'après MM. Feltz et Ehrmann, des poisons anormaux.

Enfin la rétention des produits toxiques dans le sang et dans les tissus se manifeste surtout du côté du système musculaire après la mort par la rigidité cadavérique, d'autant plus prompte à survenir que l'individu est plus fortement surmené, et cette rigidité paraît due surtout à la présence de l'acide sarcolactique. La rapidité de la putréfaction est encore un des caractères *post mortem* du surmenage, quelles que soient les tentatives de théories proposées pour expliquer le phénomène. C'est au surmenage que sont encore dus parfois les accidents d'intoxication qui suivent l'ingestion de la viande fournie par des animaux surmenés ou forcés. Il ne faut pas oublier, et ceci est un point capital pour la physiologique pathologique des accidents, que le cœur est altéré au même titre que les muscles de la vie de relation. On constate de la myocardite, des lésions dégénératives de la fibre musculaire et la dilatation aiguë du ventricule droit ou même des deux ventricules.

Les manifestations symptomatiques du surmenage physique sont nombreuses, mais un caractère les domine toutes, c'est l'état typhoïde, l'adynamie qui peut être accompagnée ou non de fièvre. L'aspect extérieur peut en imposer pour une fièvre typhoïde : le malade est hébété, apathique, plus ou moins prostré, sa démarche est chancelante, une lassitude extrême, une courbature violente qui va jusqu'à la douleur force le malade au repos. Parfois, cette douleur est plus intense et particulièrement localisée chez les enfants aux zones épi-

physaires et aux articulations, ailleurs c'est une véritable rachialgie qui peut faire songer au début d'une variole. La céphalalgie n'est cependant jamais aussi vive que dans la fièvre typhoïde, elle appartient surtout aux cerveaux surmenés.

Les troubles digestifs complètent l'analogie de l'état typhoïde : la langue est blanche ou sale, les lèvres sont tremblantes, fuligineuses, l'haleine est mauvaise; la diarrhée existe et donne lieu au gargouillement iléo-cæcal. Les matières sont très fétides.

Il est commun d'observer de l'incoordination des mouvements et des idées. Les soubresauts de tendons et le délire n'apparaissent d'ailleurs que dans les cas les plus rares et les plus graves. Le phénomène de la corde ou du nœud musculaire, qui se produit lorsqu'on pince vivement le corps d'un muscle, du biceps par exemple, se montre aussi souvent dans les fièvres de surmenage que dans la fièvre typhoïde.

L'élévation thermique n'est pas constante, mais elle peut s'élever à 39° ou 40° et s'y maintenir quelques jours; en général, elle cède brusquement au bout de deux ou trois jours de repos absolu, et cette défervescence est marquée par des sueurs abondantes, l'émission d'une urine copieuse, haute en couleur, et chargée d'urée. La rate peut être hypertrophiée, le fait est rare; on peut aussi constater l'apparition de taches rosées différentes de celles de l'éruption typhique par leur transformation en taches purpuriques ou ecchymotiques. Cette tendance aux hémorrhagies se manifeste encore par les épistaxis.

L'absence de phénomènes broncho-pulmonaires rompt l'analogie qui rapproche le surmené du typhique; si l'on observe quelques accidents de ce côté, ils sont généralement dus à l'influence concomitante du froid.

Il n'en est plus de même du cœur, qui ressent très profondément l'influence de la fatigue; son tissu perd de son élasticité et de sa consistance et se laisse distendre. Les contractions cardiaques perdent de leur énergie et c'est moins le choc net de la pointe qu'une ondulation de toute la région qu'on sent par l'application de la main. Le malade accuse des palpitations, de la dyspnée; la pression sur la région précordiale est douloureuse, signe indiqué par M. Peter. La matité est très étendue et l'auscultation fait entendre un souffle systolique. Enfin, le pouls trahit l'état du cœur par sa petitesse et ses inégalités.

Les choses peuvent aller plus loin, si la fatigue a été poussée à l'extrême. Le cœur se laisse dilater, les vaisseaux perdent leur tonicité et l'on voit survenir l'œdème des extrémités inférieures, la bouffissure de la face comme dans les affections non compensées du cœur.

Le fait n'avait pas échappé à Beau qui rapporte un cas de ce genre chez une jeune fille surmenée par un véritable excès de danse. Les désordres graves que produit le surmenage du côté du cœur peuvent être la cause d'une mort subite en préparant une syncope cardiaque.

En cet état, la situation est pleine de périls et l'on peut voir survenir des accidents de la plus haute gravité. La thrombose, la gangrène spontanée ont été observées par M. Révilliod et par M. le professeur Le Fort; elles peuvent être la conséquence à la fois de la dyscrasie créée par l'auto-intoxication et des troubles trophiques dus à l'épuisement nerveux.

L'albuminurie, qui est observée surtout dans les cas graves, peut reconnaître pour cause des infarctus des reins; l'albumine, qui se montre parfois en très grande quantité dans l'urine, disparaît spontanément par le repos au bout de quelques jours. D'autres causes d'ailleurs peuvent provoquer cet accident, les troubles de la circulation par exemple et l'action nocive des leucomaïnes sur le rein.

La myosite suppurée, qui se développe quelquefois dans les muscles plus particulièrement en action dans la marche, montre ainsi ses rapports avec la fatigue excessive.

Enfin les suffusions sanguines, les hémorrhagies multiples qui surviennent du côté de la peau et des muqueuses et qui colorent parfois les sécrétions, témoignent de l'altération profonde que subit le sang dans les cas graves de surmenage. C'est dans ces conditions que peut survenir un état comateux rapidement mortel.

La variété et la gravité des accidents imposent le diagnostic de leur véritable cause. Les phénomènes peuvent se montrer sous les apparences d'une grippe, d'un embarras gastrique, du début d'une maladie grave, comme la variole, mais surtout sous celles d'une fièvre typhoïde à son début.

Plus rarement, les accidents font croire à une affection cardiaque, une myocardite; l'étendue de la matité, le caractère des bruits plus sourds et affaiblis donnent l'idée de l'existence d'une péricardite, l'albuminurie en impose pour une néphrite; dans tous ces cas, la connaissance de la notion étiologique, qu'il faut toujours rechercher, est de la première importance.

Il est enfin, chez l'enfant, des affections qui se rattachent au surmenage par la cause, c'est l'ostéo-myélite au premier degré et la fièvre dite de croissance. Les symptômes généraux sont les mêmes dans tous les cas, mais le travail excessif qui se produit dans les zones épiphysaires provoque des douleurs localisées à leur niveau. Le travail de croissance qui a lieu dans ces points rend donc l'enfant très accessible aux effets de la fatigue prolongée, d'où cette conclusion pratique que si l'exercice modéré est une nécessité dans l'hy-

giène de l'enfance, il faut éviter d'un autre côté tout ce qui devient un surmenage, les marches forcées et les exercices violents. Ce rapide aperçu pourra peut-être montrer la place qui revient dans l'étiologie générale et la pathologie au surmenage physique parfois associé au surmenage intellectuel chez les jeunes gens. Nous n'avons pu qu'indiquer les points importants de ce chapitre de pathologie dont le lecteur lira avec intérêt les développements dans la thèse de M. Rendon.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 9 mai 1888. — Présidence de M. PARINAUD.

DES MOUVEMENTS DE LA PUPILLE. — M. *Picqué* repousse en principe la théorie des mouvements de l'iris d'origine circulatoire défendue par Mosso. Il admet, au contraire, comme absolument démontrée, la nature nerveuse de la dilatation et recherche le mode d'action des filets nerveux irido-dilatateurs. Il a enregistré, dans une série d'expériences, la marche de la dilatation, et il a toujours constaté une dilatation maxima de la pupille survenant, selon le degré de l'excitation, un temps variable après son début. Il croit pouvoir en conclure qu'il s'agit là plutôt d'un phénomène musculaire dû à l'existence d'un muscle dilatateur que de la cessation par action inhibitoire de l'action du sphincter avec dilatation de ce sphincter abandonné à son élasticité propre.

M. *Abadie* pense que la question des mouvements de la pupille a été résolue en faveur de la thèse soutenue par M. Chauveau par l'expérience suivante :

On a découvert récemment une poudre composée d'un mélange de magnésium et de salpêtre, qui s'enflamme instantanément, et qui possède une telle puissance photochimique qu'on obtient des impressions photographiques instantanées. On est arrivé par ce moyen à photographier la pupille telle qu'elle est dans l'obscurité. Or, la pupille, dans l'obscurité, a une dilatation excessive aussi grande que sous l'action de l'atropine. Ce résultat est tout à fait inattendu, car on croyait auparavant que la pupille, dans l'obscurité, était moyennement dilatée, mais non au maximum, comme elle l'est en réalité. Il semble donc qu'il n'y aurait que des fibres contractiles dont le repos absolu correspondrait à la dilatation maxima de la pupille.

M. Fr. Franck a isolé un petit faisceau de fibres nerveuses émanées des premiers ganglions thoraciques ; il l'a suivi dans le crâne, où il pénètre par le trou déchiré postérieur pour se rendre à la pupille ; mais il n'a pas pu démontrer d'une façon péremptoire que les fibres

avaient une action dilatatrice et qu'elles agissaient sur des fibres dilatatrices, d'autant plus que l'existence de ces fibres, niée par les uns, admise par les autres, n'est pas en somme définitivement établie.

M. *Picqué*. Le fait de la dilatation pupillaire dans l'obscurité ne prouve rien contre l'absence d'action des fibres dilatatrices. Il y a là un état de repos dont il faut tenir compte. Quant à M. Franck, son principal mérite ne réside pas dans la découverte du fait anatomique dont il vient d'être question, mais dans la démonstration formelle et sans réplique de l'indépendance des variations pupillaires et de l'état des vaisseaux, démonstration appuyée sur de nombreuses expériences qu'il a rapportées dans son mémoire.

La diphthérie de la conjonctive. — M. *Vennemann* (de Louvain). Les inflammations fibrineuses de la conjonctive sont, ou superficielles, c'est-à-dire croupales, ou profondes, c'est-à-dire diphthéritiques, comme le sont toutes les inflammations fibrineuses des autres muqueuses avec revêtement épithélial simple.

La diphthérie, maladie générale contagieuse, n'est pas la seule affection générale capable de provoquer l'inflammation fibrineuse de la conjonctive. Il importe beaucoup de distinguer entre la diphtérie conjonctivale, localisation sur la conjonctive de cette maladie infectieuse, et les inflammations fibrineuses de la conjonctive d'autre origine, dans lesquelles le microbe de la diphtérie n'a rien à voir.

Si la diphtérie de la conjonctive est rare chez le nouveau-né, comme la diphtérie des autres muqueuses, les inflammations croupales et même diphtéritiques se présentent d'autant plus facilement que l'enfant est plus chétif et le traitement caustique plus énergique.

La diphtérie de la conjonctive seule demande un traitement antimicrobien énergique, et je recommande le mucilage tannique, très favorable dans le traitement de l'angine couenneuse. Les conjonctivites fibrineuses d'autre origine n'exigent qu'un traitement antiphlogistique ordinaire.

Sur un cas de diphthérie conjonctivale. — M. *Petresco* (de Bucharest). Il s'agit d'un enfant de trois ans, placé dans de bonnes conditions hygiéniques. Le processus diphthéritique s'est manifesté sous la forme de plaques occupant les culs-de-sac de la conjonctive, de couleur grisâtre, très adhérentes, sans autres symptômes trop intenses d'inflammation de la conjonctive.

La production de plaques s'est répétée plusieurs fois dans le cours de la maladie ; d'autres plaques ont envahi des points isolés de la conjonctive et leur disparition définitive a eu lieu par résorption moléculaire.

La durée de la maladie a été de dix jours à l'œil droit et de vingt-cinq jours pour l'œil gauche.

Ce n'est qu'à ce dernier œil qu'il s'est produit une complication insignifiante consistant dans une infiltration très limitée et légère de la partie inférieure de la cornée gauche, qui a disparu peu après sans laisser la moindre trace.

La maladie a passé de la première à la troisième période sans suppuration intermédiaire.

Le traitement a consisté en compresses d'eau glacée phéniquée à 5 0/0 changées toutes les cinq minutes; nettoyage du sac conjonctival toutes les trois heures avec la même solution tiède; cautérisation avec la solution de nitrate d'argent à 0.50 0/0, matin et soir, des points seulement où la muqueuse paraît boursouflée; et large attouchement des parties couvertes de fausses membranes avec le jus de citron frais, suivi de lotions à l'eau phéniquée et répété trois fois dans la journée. A l'intérieur, un centigramme de calomel toutes les deux heures. Enfin, onction sur le front avec la pommade mercurielle double à la dose de 3 grammes par jour.

A la période où est survenue l'infiltration de la cornée gauche, le traitement a été changé : compresses et cautérisations ont été suspendues, on a employé la pommade à l'iodoforme (5/10), introduite deux fois par jour dans le sac conjonctival et on a appliqué le bandeau.

D'après mon expérience, l'usage du suc de citron frais peut donner des résultats favorables dans les cas de diphthérie de la conjonctive.

M. *Abadie*. M. Fieuzal nous a fait connaître, il y a trois ans, l'action efficace du jus de citron dans la diphthérie conjonctivale. L'année suivante, M. Coppez nous a signalé de nouveaux succès très remarquables obtenus par cette médication. J'ai eu moi-même l'occasion de soigner trois enfants atteints de conjonctivite diphthérique très grave. N'étant pas tout à fait convaincu au début de l'efficacité du jus de citron, j'ai essayé, chez le premier, comparativement sur un œil le jus de citron et sur l'autre œil les antiseptiques puissants, iodoforme, acide borique, et j'ai bien vite remarqué que l'œil traité par le jus de citron guérissait bien plus rapidement. Je n'ai plus désormais employé que ce seul moyen, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

GOMMES DE LA CONJONCTIVE PALPÉBRALE. — M. *Trousseau*. Dans la forme chronique, il y a peu de réaction extérieure et il existe sur la muqueuse de petites tumeurs analogues à des chalazions qui crèvent puis se séparent. Dans la forme aiguë, la paupière est rouge, gonflée, surtout au niveau du tarse ; les ganglions sont engorgés. Du côté de la conjonctive on observe d'abord des élevures qui ne tardent pas à s'ulcérer. Les ulcérations sont circulaires, à bords adhérents, à pic, à fond raviné recouvert d'une pellicule grisâtre qui ressemble à des morceaux de filasse ; puis, si le traitement est suivi,

tout se comble et il reste une cicatrice blanche, fibreuse. Le pronostic est bénin, malgré la possibilité de rétractions cicatricielles. La durée moyenne est de six à dix semaines. Dans cette affection c'est le tarse qui est le point de départ. C'est surtout à la période *secondaire* de la syphilis qu'on voit les gommes des paupières et dans les syphilis graves. Le diagnostic est facile ; toutefois, il faudra éviter la confusion avec la tarsite, le chancre de la conjonctive, le lupus, l'épithélioma et surtout les ulcérations tuberculeuses. Le traitement général anti-spécifique devra être d'emblée très énergique ; le traitement local consistera en lavages antiseptiques et en applications de pommades iodoformées.

TRAITEMENT DE LA SCLÉRITE. — M. *Dufour*. La cause principale de la sclérite est surtout le rhumatisme.

Les cas de sclérite s'observent surtout chez les gens riches et presque jamais chez les paysans, et l'urine offre toujours des dépôts d'acide urique.

Dans trois cas il m'a paru que l'astigmatisme jouait un rôle certain dans la production des accidents.

Comme traitement, je suis d'avis de renoncer aux médications locales, sauf à l'usage de l'atropine et des compresses chaudes.

Quant au traitement général, j'ai employé tout ce qui a pu être imaginé en pareil cas : la quinine, l'arsenic, l'arseniate de quinine ; les iodures, les mercuriaux ; les alcalins suivant Mooren ; les sudatifs et le salicylate de soude d'après de Wecker ; le massage ; les scarifications.

Après avoir essayé de tout en vain, je songeai au salicylate de lithine ; mes essais furent couronnés d'un plein succès et je ne saurais trop recommander ce médicament dans le traitement de la sclérite.

M. Grandclément. Je signalerai les effets assez sensibles que j'ai obtenus récemment dans deux cas de sclérite avec des injections d'antipyrine à la tempe. Depuis quelques mois, j'emploie systématiquement ces injections dans toutes les affections oculaires ; toutes celles qui s'accompagnent de douleurs ciliaires, telles que les kératites, les iritis et les irido-choroïdites, sont merveilleusement influencées par ces injections.

Mais elles ont aussi amendé très sensiblement ces deux cas de sclérite dans lesquels, cependant, il n'existait pas de douleurs périorbitaires bien vives.

M. *Panas* est très heureux d'entendre M. Dufour citer ici les bons effets du salicylate de lithine, car il se sert du même médicament depuis trois ans avec entière satisfaction. Chez une malade atteinte d'une scléro-choroïdite antérieure, extrêmement rebelle, et chez

laquelle le mercure, l'iodure et le bromure de potassium, avaient été tour à tour et longtemps essayés sans le moindre résultat, il a obtenu la guérison par l'administration du salicylate de lithine. Depuis lors, il prescrit cette substance de préférence au salicylate de soude, et, si ce médicament ne réussit pas absolument toujours, du moins donne-t-il des résultats incontestablement meilleurs que ceux que procurent les autres méthodes de traitement.

M. *Maréchal* (de Brest). Parmi les causes de la sclérite, le *sexe féminin* est une prédisposition incontestable, et il y a un rapport manifeste entre les poussées d'épisclérite et la persistance de la congestion utérine, après l'époque menstruelle, et cela à tout âge et, selon moi, *plutôt en été qu'en hiver*. La constatation de ce molimen connexe du système vasculaire de l'œil et de l'utérus a conduit à l'essai méthodique et progressif de l'ergotine *intus et extra*.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

LE PANSEMENT ANTISEPTIQUE, SES PRINCIPES, SES NOUVELLES MÉTHODES. *Manuel pratique*, par *J. de Nussbaum*, traduit par le Dr *E. de la Harpe* (J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1888.)

Personne ne peut, ni ne doit actuellement ignorer les principes de l'antisepsie chirurgicale. Autrefois, le pansement de Lister classique était le seul procédé mis en usage pour arriver aux résultats si merveilleux qu'obtient la chirurgie moderne; mais les progrès, les recherches se multipliant, les procédés se sont modifiés, les essais ont succédé aux essais, et les pansements nouveaux sont venus successivement remplacer la méthode de Lister.

M. E. de la Harpe, de Lausanne, vient de traduire le livre de Nussbaum qui étudie sous forme d'un travail très complet, ses divers progrès. C'est une œuvre utile et intéressante.

La première partie de l'ouvrage nous fait connaître les principes sur lesquels est basée l'antisepsie, l'infection et ses divers modes, les complications accidentelles des plaies et leur traitement.

Les règles fondamentales de tout bon pansement, l'étude des substances antiseptiques actuellement en usage, et enfin la description des divers pansements antiseptiques forment un chapitre des plus importants. L'antisepsie en temps de guerre et dans la pratique de campagne, fait l'objet de deux paragraphes qu'on étudiera avec grand profit.

Enfin le volume se termine par deux séries d'exemples d'opérations et de pansements antiseptiques qui mettent sous les yeux du lecteur,

d'une façon évidente, la pratique des méthodes décrites dans les lignes précédentes.

Ce livre est tout moderne et doit devenir le code nécessaire de tout étudiant, et, disons-le, aussi de tout médecin. Il constitue la *petite chirurgie* telle qu'on doit l'entendre aujourd'hui. L'étude des cataplasmes, des cautères et de la saignée doit être définitivement abandonnée sinon par ceux qui y trouveront encore un intérêt historique, et remplacée par l'étude de l'acide phénique, du sublimé, de la kélotomie.

Je ne saurais mieux terminer cette trop courte analyse qu'en citant ce mot de Nussbaum, à propos de l'efficacité de l'antisepsie. Le chirurgie a le droit de se dire : « *Si j'emploie avec conscience toutes les précautions antiseptiques, je suis absolument sûr d'éviter les suites fâcheuses de mes opérations.* » En revanche, cette belle certitude s'associe dans son esprit avec la conviction redoutable que la maladie, la mort peuvent résulter de sa négligence, s'il n'emploie pas avec conscience les moyens qualifiés aujourd'hui de préservatifs indispensables. »

On ne peut ni mieux, ni plus justement dire.

Dr F. VERCHÈRE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 4 au 9 juin 1888.

Lundi 4. — 2e examen, définitif (officiat) : MM. Marc Sée, A. Robin, Jalaguier. — 2e examen, définitif (Officiat) : MM. Potain, Reynier, Raymond. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ollivier, Déjerine, Chauffard. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Straus, Brissaud. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Rémy. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Guyon. Pinard, Reclus. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Delens, Kirmisson, Segond.

Mardi 5. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Duplay, Bouilly, Brun. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Panas, Schwartz, Quenu. — 4e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Troisier. — 4e examen, doctorat (1re série) : MM. Bouchard, Legroux, Hanot. — 4e examen, doctorat (2e série) : MM. Jaccoud, Proust, Joffroy. — 4e examen, doctorat (3e série) : MM. Ball, Fernet, Quinquaud. —

5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Richet, Peyrot, Charpentier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Le Fort, Campenon, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Peter, Cornil, Hatinel.

Mercredi 6. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Hayem, Segond, Raymond. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Fournier, Reynier, Déjerine. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Straus, Marc Sée, Jalaguier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Ch. Richet, A. Robin. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Lannelongue, Pinard, Kirmisson. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Ribemont-Dessaignes, Delens, Reclus. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Landouzy.

Jeudi 7. — 2e examen, oral (1re partie) (1re série) : MM. Bouchard, Legroux, Quenu. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Ball, Mathias-Duval, Peyrot. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Richet, Charpentier, Schwartz. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Le Fort, Poirier, Maygrier. — 3e examen, doctorat (1re partie) (3e série) : MM. Cornil, Bouilly, Brun. — 4e examen, doctorat : MM. G. Sée, Proust, Hanot.

Vendredi 8. — 1er examen, doctorat : MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Damaschino, Segond, Rémy. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Brissaud. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Landouzy. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Straus, Déjerine. — 4e examen, doctorat : MM. Fournier, Ollivier, Raymond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Lannelongue, Budin, Reclus. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Guyon, Delens, Pinard.

Samedi 9. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Laboulbène, Peyrot, Poirier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Schwartz. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Quenu. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ball, Dieulafoy, Hanot. — 4e examen, doctorat : MM. Bouchard, Fernet, Quinquaud. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Richet, Brun, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) :

MM. Le Fort, Charpentier, Campenon. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Legroux, Troisier.

Thèses pour le doctorat. — *Jeudi* 7, à 1 heure. — M. Misovici : Étude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx. *Président* : M. Brouardel. — M. Lemoine : Quelques observations médicales recueillies pendant une campagne au Gabon. *Président* : M. Brouardel. — M. Le Faure : Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. *Président* : M. Duplay. — M. Cayet : Fistules biliaires hépato-bronchiques. *Président* : M. Laboulbène. — M. Bonifas : Des suites rénales de la fièvre typhoïde. *Président* : M. Laboulbène.

NOUVELLES

Concours du prosectorat. — Le concours du prosectorat de la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira lundi prochain 4 juin 1888. Le jury se composera de MM. les professeurs Guyon, Duplay, Mathias Duval, Farabeuf et Charles Richet, juges titulaires, et de MM. Verneuil et Lannelongue, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de douze, sont : MM. Chevalier, Delbet, Janesco, Leguen, Lyot, Potherat, Récamier, Regnauld, Rieffel, Sébileau et Thierry.

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 26 mai 1888, M. le Dr Coffignon, maire de Marle (Aisne), est nommé Chevalier de la Légion d'honneur.

Bulletin de la mortalité *du* 20 *au* 26 *mai* 1888. — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 6. — Rougeole, 17. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, [illegible]. — Diphtérie, Croup, 38. — Phthisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50.

Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 43. — Paralysie, [illegible] — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 61. — [illegible]

Bronchite aiguë et chronique, 56. — Broncho-pneumonie et pneumonie, [illegible]

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 61.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes, 18. — Autres causes de mort, 170. — Causes inconnues, 6.

Nombre absolu de la semaine : 939. — Résultat de la semaine précédente : 945.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur, 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

[...]ENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 65. MARDI 5 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE.... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 65 Mardi 5 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (Amygdale de la langue) (1).

Par le Dr Albert Ruault.
Chef du service de la Clinique laryngologique de l'Institution Nationale des Sourds-Muets.

Sous le nom d'amygdale de la langue, on désigne la couche de follicules tantôt isolés, tantôt réunis par groupes, située sur la partie postérieure du dos de la langue, entre les papilles caliciformes et l'épiglotte, et s'étendant transversalement d'une amygdale à l'autre. L'existence de cette couche de follicules, constante chez quelques mammifères, comme le cheval, le porc et le bœuf, est également constante chez l'homme. On peut aisément l'examiner sur le vivant, à l'aide du miroir laryngoscopique placé au fond de la gorge, lorsque le sujet, tenant la bouche largement ouverte, projette le plus possible sa langue au dehors. On voit, en avant de l'épiglotte et en arrière des papilles caliciformes, un grand nombre de petits mamelons, ordinairement d'un volume un peu inférieur à celui d'une lentille, empiétant souvent les uns sur les autres et donnant à la région un aspect irrégulier et tomenteux. Cet aspect est plus ou moins net suivant les sujets. Frey donne de ces organes, dans son traité d'histologie, la description suivante : « On observe, dans la muqueuse, des cavités infundibuliformes plus ou moins profondes, qui peuvent atteindre 3,5 millim. d'étendue et plus ; les parois sont formées par le tissu de la muqueuse, de sorte qu'on y trouve non seulement l'épithélium pavimenteux, mais encore les papilles. Toute la cavité est entourée d'une épaisse couche de tissu conjonctif réticulé, qui loge d'innombrables cellules lymphatiques et qui s'étend jusqu'au revêtement épithélial. On rencontre souvent dans cette couche de petits follicules lymphatiques de 0,28 millim. à 0,56 millim. de diamètre ; ils se distinguent par leur

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

charpente lâche, à larges mailles. Tantôt ils sont nettement circonscrits, tantôt leurs limites sont moins distinctes. Il est des cavités de la muqueuse où l'on n'observe pas de follicules. La cavité infundibuliforme est généralement enveloppée par une capsule compacte de tissu conjonctif ; on ne trouve point cette dernière quand la cavité est mal accusée. On rencontre beaucoup de glandes en grappe à côté et au-dessous des follicules linguaux. Les conduits excréteurs débouchent dans le voisinage immédiat de l'orifice de la cavité ou dans la cavité elle-même... Les vaisseaux lymphatiques et sanguins des follicules linguaux sont analogues à ceux des amygdales ». (1)

Comme les amygdales palatines, l'amygdale de la langue peut être le siège d'une inflammation aiguë ou subaiguë ; elle peut aussi s'enflammer chroniquement et s'hypertrophier. Ces divers états pathologiques de l'amygdale linguale ont fait, depuis quelques années, l'objet de travaux intéressants. On peut citer entre autres ceux de Lennox-Browne (2), Heyman (3), Curtis (4), Seifert (5), Swain (6), Rice (7) et Gleitsmann (8). C'est en m'appuyant sur ces travaux et en y joignant ce que m'ont appris mes observations personnelles, que je chercherai à esquisser ici l'histoire de l'amygdalite préépiglottique, aiguë et chronique.

La forme chronique paraît être la plus commune, et elle semble être le plus souvent chronique d'emblée : les malades voient en effet, la plupart du temps, s'installer insidieusement et progressivement les symptômes qui les obligent à consulter le médecin. Lorsque celui-ci songe à rapporter ces symptômes à l'affection dont ils dépendent et examine avec soin la région préépiglottique de la langue, il constate une hypertrophie plus ou moins marquée de la couche lymphatique de cette région. Tantôt cette couche mamelonnée a subi un épaississement uniforme et son niveau atteint ou même dépasse celui du bord libre de l'épiglotte en refoulant cet opercule en arrière, tantôt certains groupes de follicules seulement sont hypertrophiés et se présentent sous forme de mamelons framboisés de volume variable, quelquefois

(1) *Frey*. Traité d'histologie. Traduction française. Paris, 1877, p. 537.

(2) *Lennox-Browne*. Congrès internat. de laryngol. Milan, septembre 1880 ; et Journal of the Americ. med. Assoc. ; 29 octobre 1887.

(3) *Heyman*. Berl. Klin. Woch., 1881, p. 393 et 1887, p. 764.

(4) *Curtis*. New-York. med. journ., 8 novembre 1884.

(5) *Seifert*. Sitz. der Phys. med. Gesellsch. in Würzburg, 17 juillet 1886 ; et Berl. Klin. Woch., 9 mai 1887.

(6) *Swain*. Deut. Arch. f. Klin. med. Tome 39, 1886.

(7) *Rice*. The medic. Record, 1er mai 1886.

(8) *Gleitsmann*. The medic. Record, 17 décembre 1887.

du volume d'une noisette. Dans d'autres cas, toute la région est hypertrophiée, mais divisée par des interstices anfractueux en deux, trois ou quatre lobes distincts. Enfin, chez d'autres sujets, la région offre un aspect mûriforme et paraît pavée de grains ronds dont la forme et les dimensions rappellent les grains de groseilles. Il résulte des recherches de Swain (loc. cit.) que cette hypertrophie de l'amygdale linguale a une ressemblance très étroite avec celle des amygdales palatines, au point de vue histologique. Cet auteur a en effet constaté que l'hypertrophie porte à la fois sur tous les éléments des follicules linguaux, qui sont ainsi augmentés de volume en totalité. Quelquefois, mais rarement, l'amygdalite chronique préépiglottique est la seule lésion qu'on trouve aux premières voies; la plupart des malades sont atteints en même temps de pharyngite granuleuse ou d'hypertrophie tonsillaire, de rhinite hypertrophique ou de laryngite.

Mac Bride (1) fait remarquer que, bien que la fréquence de l'affection soit presque égale dans les deux sexes, elle donne plutôt lieu à des symptômes chez la femme. L'impressionnabilité nerveuse de celle-ci, généralement plus marquée que celle de l'homme, explique assez bien cette particularité. Contrairement à ce qu'on a dit, l'affection peut se montrer chez les jeunes enfants. L'amygdale linguale, dont le développement est, d'après Frey, à peu près identique à celui des amygdales, est souvent visible chez l'enfant. Une fois, chez une petite fille de sept ans, j'ai vu cette amygdale linguale nettement hypertrophiée, sans qu'elle parût d'ailleurs donner lieu à aucun symptôme. Toutes les observations publiées jusqu'ici concernent des adultes.

Les causes de l'affection sont peu connues. La coïncidence de l'imperméabilité nasale plus ou moins accusée, notée dans un certain nombre de cas, me donne à penser que le fait de respirer la bouche ouverte n'est pas indifférent à la production de la maladie.

Les symptômes sont multiples, et si, comme le fait remarquer Gleitsmann (loc. cit.), aucun d'eux n'est pathogomonique de l'affection, la réunion de plusieurs d'entre eux peut du moins permettre de la soupçonner. Ce qui donne bien le droit d'ailleurs d'établir une relation de cause à effet entre les symptômes et la lésion, c'est que la destruction de celle-ci fait rapidement disparaître les premiers. Parmi ces symptômes, les uns sont dus à la gêne mécanique causée par la tuméfaction de la région ou bien à l'irritation des organes voisins provoquée par sa présence ou par propagation, les autres sont vraisemblablement d'ordre réflexe, et comparables à ceux qui

(1) *Mac Bride*. Edimb. med. journ. Septembre 1887.

peuvent être causés par des lésions du nez, du pharynx nasal ou buccal ou des amygdales palatines. Ces symptômes ne me paraissent pas être en rapport avec l'importance de la lésion : les observations que j'ai faites ne me permettent pas de partager à cet égard l'opinion de Gleitsmann, qui pense que les symptômes sont d'autant plus accentués que l'hypertrophie est plus considérable. Je pense, pour ma part, qu'il faut surtout attribuer leur intensité plus ou moins grande au degré d'impressionnabilité du malade.

Le plus fréquent d'entre eux paraît être la sensation de la présence dans la gorge d'un corps étranger. Certains malades disent simplement qu'ils ont quelque chose dans la gorge ; d'autres croient avoir un cheveu, un fil, une boule, etc. Dans la plupart des cas, ils ne peuvent pas localiser nettement la région de la gorge où cette sensation est perçue. « Pour se débarrasser de ce prétendu corps étranger, dit Gleitsmann, les malades cherchent continuellement à l'avaler. » En effet, ils éprouvent un besoin fréquent, quelquefois incessant, d'avaler à vide. Mais ce symptôme me semble uniquement dû à l'irritation des terminaisons du nerf glosso-pharyngien, c'est un acte involontaire, et il peut être très marqué alors que la sensation de la présence d'un corps étranger n'existe pas. Chez quelques sujets, la sensation de corps étranger fait place à une sensation d'étranglement, de pression continue (phénomènes qu'on ne doit pas confondre avec la boule hystérique), qui les gêne horriblement et leur rend la vie insupportable. Ces sensations diminuent d'ordinaire au moment des repas, pour reparaître bientôt; et présentent généralement des paroxysmes soit le matin, soit dans la soirée. Elles sont évidemment causées par la pression qu'exerce sur la face antérieure de l'épiglotte l'amygdale linguale hypertrophiée.

Cette pression et l'irritation qu'elle cause sont vraisemblablement aussi la raison d'être des troubles de la voix qu'on constate si souvent chez les malades atteints de l'affection qui nous occupe. Curtis (loc. cit.) a le premier signalé, chez les artistes, des troubles de la voix chantée en rapport avec elle. Chez quelques-uns, on n'observe qu'une sensibilité insolite à la fatigue. Les malades ne peuvent chanter que très peu de temps, sous peine d'éprouver bientôt une fatigue insurmontable. Chez d'autres, la voix devient inégale, bonne un jour, mauvaise le lendemain. Elle peut manquer tout d'un coup pendant le chant. Certains chanteurs se plaignent que leur voix a perdu sa pureté ; d'autres, sa justesse. Une de mes malades se plaignait d'avoir la voix de plus en plus faible, une autre disait que « sa langue était devenue maladroite » pendant le chant. La plupart du temps, l'examen laryngoscopique fait constater un peu de catarrhe laryngé, mais tous ces symptômes peuvent se montrer chez des

malades qui offrent à peine des traces de laryngite. Quelquefois, on trouve de plus de légères parésies musculaires. Beverley-Robinson, dans un récent travail, signale une paralysie unilatérale d'une corde vocale (1). Il nous paraît infiniment peu probable que cette affection ait eu pour cause l'hypertrophie de l'amygdale linguale coexistante. Il existe également des troubles de la voix parlée. La voix peut devenir plus ou moins couverte. Les malades ne peuvent parler longtemps sans fatigue. D'autres, sans être enroués, éprouvent de la douleur en parlant (Gleitsmann).

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 9 *mai* 1888. — Présidence de M. PARINAUD.

(SUITE ET FIN) (2).

KÉRATALGIE TRAUMATIQUE. — M. *Grandclément* signale et décrit sous ce nom une affection inconnue jusqu'à ce jour, bien que fréquente, puisqu'il en a observé huit cas en 1887.

C'est une sorte de névralgie périodique et indéfinie de la cornée, succédant à un traumatisme très léger de cette membrane.

Le traumatisme consiste le plus souvent en un simple frôlement par une feuille d'arbuste, le doigt d'un petit enfant, ou tout autre corps mou et peu vulnérant.

Aussitôt après l'accident, bien que la cornée ne présente aucune excoriation, le malade souffre atrocement pendant trois jours, quoi que l'on fasse; il lui semble que l'œil est *écorché*. Puis tout se calme pendant plusieurs mois.

Mais après cette accalmie, le malade éprouve souvent pendant la nuit et surtout le matin au réveil une gêne considérable dans le jeu des paupières qui paraissent roidies, desséchées et comme ulcérées intérieurement. Il hésite et lutte pendant un quart d'heure, quelquefois plus, avant de pouvoir les ouvrir librement. Chez quelques-uns, la forte crise de début se reproduit aussi pendant trois jours, au printemps et à l'automne.

Mais les phénomènes névralgiques, qui existent chez tous ces blessés, se reproduisent ainsi irrégulièrement et indéfiniment pendant des années, comme des douleurs rhumatoïdes.

Je ne saurais les attribuer à autre chose qu'à une légère névrite

---

(1) *Beverley-Robinson*. The medical Record, 4 février 1888.

(2) Voir *France médicale* n° 64.

de l'un ou de plusieurs des filets nerveux ciliaires de la cornée qui se sont trouvés dans la sphère d'action de ce léger traumatisme. Si les traumatismes plus forts de la cornée, tels que ceux résultant de l'incrustation d'un éclat de fer, de fonte, d'acier, etc., ne laissent jamais derrière eux de pareilles névralgies, c'est que les filets nerveux touchés ont été détruits et non pas seulement froissés. Dès lors, il n'y a pas de névrite possible.

M. *Coppez* pratique dans ces cas le massage à l'aide de la pommade jaune. La kératalgie, en effet, s'observe surtout le matin, alors que le malade veut ouvrir les paupières. Il se passe là ce qui se voit chez les enfants atteints de ce qu'on appelait autrefois la photophobie scrofuleuse. Or que font ces enfants ? Ils se frottent les yeux, appuient leurs mains sur leurs yeux et finissent, après quelques instants d'un massage instinctif, par pouvoir entr'ouvrir les paupières.

M. *Lasalle* (de Villefranche). L'affection que nous décrit M. Grandclément n'est pas aussi nouvelle qu'il le croit; elle a été décrite par plusieurs auteurs, notamment par M. de Wecker dans sa *Thérapeutique oculaire.*

La cause de la souffrance provient d'une érosion épithéliale légère de la cornée, érosion qui se reproduit tous les matins lorsque le sujet ouvre les yeux.

Le meilleur moyen à employer est le bandeau occlusif jusqu'à cicatrisation complète de la petite perte de substance.

M. *Grandclément.* Je répondrai à M. Lasalle que je n'ai vu cette affection décrite nulle part, surtout en ce qui concerne ces accès névralgiques lointains et indéfinis que je propose d'appeler kératalgie traumatique.

Je ne partage pas l'avis de M. Martin, qui attribue ces douleurs à des contractions astigmatiques du muscle ciliaire ; puisque ces douleurs se reproduisent surtout pendant la nuit au sein de l'obscurité, il paraît assez difficile de faire intervenir des contractions douloureuses de l'agent de l'accommodation.

Enfin, je ne connais qu'un remède qui soulage le malade, c'est l'emploi de la cocaïne.

Kyste de l'iris. — M. *Gayet* présente les pièces d'un volumineux kyste de l'iris. Celui-ci avait extérieurement l'apparence d'un néoplasme solide. Cet aspect spécial, joint à l'apparition d'accidents glaucomateux très accusés, amena M. Gayet à pratiquer l'énucléation.

Pathogénie des ophthalmies électriques. — M. *Martin.* Nous ne pensons pas que les accidents oculaires engendrés par la lumière électrique (arcs voltaïques) soient dus au rayonnement chimique.

Aucun fait positif n'a été avancé pour prouver cette action sur l'œil. Diverses expériences, au contraire, faites à l'aide de la radiation chimique, établissent son innocuité : l'œil n'a nullement été atteint à la suite des expériences de Regnault, et consécutivement aux recherches de Chardonnet et de Gayet. D'un autre côté, il y a nombre de cas d'ophthalmies électriques survenues dans des conditions telles que la radiation chimique était bien minime : c'est lorsque le foyer électrique est entouré d'un globe de verre ordinaire. Siemens et Déhérans ont, en effet, remarqué qu'un globe suffisait pour retenir la radiation ultra-violette, de telle sorte qu'elle cessait d'être nuisible aux plantes. Les tissus de l'œil, moins avides du rayonnement ultra-violet que ne l'est la chlorophylle des plantes, ne peuvent donc pas être influencés par un foyer électrique entouré d'un verre. Si dans ces circonstances des ophthalmies surviennent, il faut donc accuser non la radiation chimique, mais l'intensité lumineuse.

Du reste, pourquoi donner aux ophthalmies électriques une autre explication qu'aux ophthalmies se présentant sous les mêmes formes symptomatiques, et qui sont engendrées par les éclipses de soleil, la réverbération des sables, de la neige et tout rayonnement intense d'un foyer artificiel ? Dans ces dernières, l'intensité a toujours été considérée comme le facteur causal des lésions oculaires.

M. *Bravais*. — Il est important de bien distinguer les accidents oculaires rétiniens, scotome, amblyopie, des accidents cutanés d'érythème, décrits récemment par M. Terrier et par M. Caudron. Je viens me faire le défenseur des rayons chimiques au sujet de ces derniers accidents d'érythème, accidents que l'on a rapprochés des coups de soleil sur les glaciers. Je ferai précisément remarquer que ces coups de soleil sont très fréquents par les journées de brouillard, alors que les touristes, nullement incommodés par l'intensité lumineuse, ne prennent pas les précautions du voile et des lunettes ; quant aux preuves certaines que les rayons chimiques ont une action érythémateuse beaucoup plus intense que les rayons moyens du spectre ou que les rayons rouges, elles sont rapportées dans la *Revue scientifique* du 18 février 1888. Il y est dit qu'après trente secondes, les rayons violets produisaient une phlyctène, les bleus une cuisson, les rouges rien du tout.

M. Dor. — Je demanderai à M. Martin pourquoi il met en dehors de l'action chimique les cas dans lesquels il y a une affection cutanée extérieure. Dans un fait que j'ai observé, l'action de la lumière électrique a été absolument semblable à un coup de soleil (érythème avec desquamation consécutive). On ne peut donc pas éliminer l'action chimique dans les cas dont il a fait mention.

M. *Martin*. Je ne nie nullement l'effet de la radiation chimique

sur les téguments et sur la conjonctive, mais je dis que la plupart des phénomènes observés dans les ophtalmies électriques ne peuvent être expliqués par cette radiation. Ces phénomènes résultent manifestement d'une congestion chorio-rétinienne; or, la radiation chimique ne peut être accusée, car elle ne pénètre pas ou fort peu dans l'intérieur de l'œil, arrêtée qu'elle est par les premiers organes (cornée et cristallin). Les faits où le tégument de la face est lésé en même temps que l'œil ne doivent pas être mis de côté, comme étant d'une nature spéciale; mais, je dis que ces faits ne sont pas favorables à l'étude pathogénique qui nous occupe. Il faut s'adresser, pour bien analyser la cause des phénomènes morbides, aux cas simples: ceux-là sont surtout capables de nous révéler la cause réelle des accidents.

M. *Leroy*. M. Martin fait jouer aux milieux transparents de l'œil un rôle absorbant pour les rayons chimiques. Mais l'absorption de ces rayons peut n'être pas complète, et ce qui échappera à l'absorption être encore susceptible d'impressionner la rétine.

Iritis blennorrhagique.—M. *Despagnet* communique un fait d'iritis blennorrhagique à répétition, remarquable par cette circonstance qu'il se produisait régulièrement toutes les fois que le malade contractait à nouveau la blennorrhagie, ce qui était fréquent. M. Despagnet attribue la production de l'iritis à la diffusion des micro-organismes infectieux dans tout l'organisme, et à leur arrivée dans la chambre antérieure, milieu favorable à leur action pathogène.

Relation d'un cas d'héméralopie monoculaire guéri par l'antipyrine. — M. *Grandclément* relate un cas d'héméralopie monoculaire guéri par quatre injections sous-cutanées d'antipyrine faites à la tempe.

De l'intervention dans la rétinite gravidique. — M. *de Lapersonne* a eu récemment à soigner une femme de 26 ans au sixième mois de sa grossesse qui, en huit jours, fut atteinte d'une rétinite albuminurique très intense. L'accouchement prématuré artificiel fit disparaître en huit jours l'albuminurie et l'œdème péripapillaire qui accompagnait la rétinite, et une dizaine de jours après l'intervention l'acuité visuelle était redevenue normale.

Tumeur dermoïde de la glande lacrymale. — M. *Dor* présente cette tumeur enlevée chez un enfant de 8 mois.

La séance est levée à midi. A. Chevallereau.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE L'EMPYÈME, par *L. Bouveret* (J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1888).

Voici un bel et bon livre qui vient définitivement trancher la question encore en suspens sur les procédés thérapeutiques mis en usage pour soigner et guérir la pleurésie purulente.

Après la période d'expectation, d'abstention, puis d'hésitation armée, ponction et empyème *in extremis*, M. Bouveret inaugure définivement et sans conteste l'ère de l'intervention active, raisonnée et bienfaisante.

Pour arriver à ce résultat, il a repris avec un grand talent d'exposition et une lumineuse persévérance toute l'histoire de la pleurésie purulente, il a su montrer les causes, les lésions et les symptômes de la grave affection qu'il veut combattre; il en décrit avec clarté les formes cliniques, telles qu'elles se présentent à l'observation, et c'est de cette observation clinique qu'il tirera les indications thérapeutiques.

Pour montrer la supériorité de la nouvelle méthode, M. Bouveret a décrit avec beaucoup de détails tous les anciens procédés imparfaits du traitement de la pleurésie purulente, il a su en faire la critique judiciaire, et s'est efforcé d'en démontrer l'insuffisance et l'infériorité.

« Nous sommes convaincus, dit M. Bouveret, que tous ces procédés doivent définitivement disparaître du traitement des suppurations de la plèvre. Ils ont été condamnés et proscrits le jour où les méthodes antiseptiques ont à coup sûr écarté les complications septicémiques qui suivaient autrefois l'ouverture large de l'abcès pleural. »

La pleurotomie doit être précoce. L'expectation est sans aucun avantage et elle présente de véritables périls, dont un des plus graves est de compromettre la dilatation du poumon comprimé. De nombreuses observations démontrent jusqu'à l'évidence que les chances de guérison, et de guérison très prompte, sont d'autant plus nombreuses que plus courte est la période qui s'étend du début de la pleurésie au moment de l'intervention chirurgicale. Si l'opération est précoce, les forces du patient sont mieux conservées le travail de réparation marche avec plus d'activité, et le poumon comprimé est plus sûrement capable d'une rapide et complète dilatation.

Pleurotomie antiseptique et précoce, c'est en ces termes que doit être aujourd'hui résumé le traitement rationnel de la pleurésie purulente,

Un chapitre est consacré à l'étude de la résection multiple des côtes. M. Bouveret en a réuni 78 observations, et il ajoute que « ces nombreuses observations de pleurotomie et de résection costale nous

montrent, en effet, ces deux opérations, qui résument le traitement de l'empyème, appliquées aux formes les plus diverses de cette affection. »

Nous avons cherché à donner un résumé rapide des conclusions de M. Bouveret, mais ce que nous en pensons rendre, c'est la clarté de l'exposition, les descriptions attachantes et les statistiques qu'à su réunir l'auteur et qui forment en quelque sorte les pièces justificatives des conclusions. Dr F. Verchère.

NÉCROLOGIE

Le Dr Evrard (de Beauvais), chevalier de la Légion d'honneur, reçu en 1837.

Le Dr François de Chaumont, professeur d'hygiène et de chimie appliquée à l'Ecole de médecine militaire de Netley. Cet honorable confrère, d'origine française, était un hygiéniste des plus éminents. Il a fait avec son maître Parkes un traité d'hygiène qui est arrivé à sa sixième édition.

Le Dr Felizet, de Maizières-la-Grande (Aube), reçu en 1858, conseiller d'arrondissement.

Le Dr Roquenvil (de Saint-Quentin), aide-major de première classe, mort du choléra au Tonkin.

Le Dr Gestin, de Quitignon (Finistère), ancien médecin principal de la marine, maire de sa commune, conseiller d'arrondissement du 3e arrondissement de Brest depuis 1877, vient de mourir à Lannion.

Le Dr Prunier, adjoint au maire de Saint-Mandé, décédé le 30 mai, à l'âge de 57 ans.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Spécialisation des agrégés.* — Le conseil de la Faculté de médecine de Paris, dans sa dernièce séance, a entendu un rapport de M. le professeur Damaschino, sur la spécialisation des agrégés. Il a approuvé les conclusions de ce rapport qui demande la spécialisation de trois agrégés sur cinq, à la suite des concours à venir.

Les premières chaires dont les agrégés seront spécialisés sont les chaires d'ophthalmologie, de pathologie expérimentale et comparée, d'anatomie pathologique, d'hygiène, de médecine légale, des maladies mentales, des maladies cutanées et syphilitiques.

Plus tard on donnera des agrégés spéciaux aux chaires de thérapeutique, des maladies nerveuses et des maladies des enfants.

Distinctions honorifiques. — M. Mackiéwicz, médecin-major au 72e régiment d'infanterie, vient de recevoir une médaille d'argent de deuxième classe pour son courageux dévouement dans un incendie, où il a été grièvement blessé.

—M. le Dr Hénon, conseiller municipal à Ville-la-Grande (Haute-Savoie), est nommé chevalier du Mérite agricole.

— M. le Dr Mandon, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, et M. Huguet, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, sont nommés officiers de l'instruction publique.

— M. Cohendy, pharmacien à Clermont-Ferrand; M. Chancre, chef des bureaux de l'Académie de médecine et M. Thominot, préparateur au Muséum, sont nommés officiers d'académie.

Armée territoriale. — Par décret, en date du 26 mai 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Selle, médecin aide-major de deuxième classe.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Lecerf, médecin aide-major de première classe.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dauchez, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris, et Gilles de la Tourette, chef de clinique de la même Faculté.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Charrin, médecin aide-major de deuxième classe.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Jarjavay, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Leroux, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris; Coudray, chef de clinique adjoint de la même Faculté; Poirier, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la même Faculté.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Chervin, médecin aide-major de première classe; Feulard, médecin aide-major de deuxième classe, chef adjoint de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Paris.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. François, médecin aide-major de première classe.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Duplaix, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris; Queyrat, chef de clinique des maladies des enfants; Chaslin, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Villejean, pharmacien aide-major de deuxième classe, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

13e corps d'armée. — *Au grade de pharmacien aide-major de première classe.* — M. Gautrelet, pharmacien aide-major de deuxième classe.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Dufourt, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Dorf, médecin aide-major de première classe; MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Balestre, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Camoin, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Martin, pharmacien aide-major de deuxième classe, pharmacien-chef des hôpitaux de Marseille.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Duclaux, médecin aide-major de deuxième classe.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine. — *Convocation urgente.* — L'assemblée générale des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine, est convoquée pour le samedi 9 juin, à l'asile Sainte-Anne (salle des cours de l'admission), à 3 heures précises.

Ordre du jour: 1° Rapport de la commission chargée de l'élaboration des statuts; 2° discussion du rapport et des statuts; 3° adoption définitive des statuts; 4° élection d'un comité définitif d'administration; 5° propositions diverses.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Par décret, en date du 30 mai 1888, M. Gavarret est nommé, pour quatre ans, membre du conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente de ce conseil; — MM. Berthelot et Brouardel, sont nommés, pour quatre ans, membres de la section permanente dudit conseil.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 mai 1888, M. le Dr Dupont, conseiller général de la Haute-Savoie, est nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 mai 1888, M. Berthelot est nommé vice-président, pour l'année 1888, du conseil supérieur de l'Assistance publique, et M. Liard est nommé secrétaire dudit conseil.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Paul Berger, chirurgien du lycée Lakanal, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, et M. le Dr Dupont, conseiller général de la Haute-Savoie, sont nommés officiers d'Académie.

Collège de France. — M. Henocque fera des leçons sur la spectroscopie du sang, à partir du *samedi* 9 *juin* et les samedis suivants, à *quatre heures*, salle n° 6.

Il traitera des applications de la spectroscopie du sang, à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique et à la toxicologie.

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

Trente-cinquième année. — Tome I. N° 68. Jeudi 7 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 66 Jeudi 7 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 6 juin 1888.

Après un rapport de M. Panas sur les manifestations oculaires de la lèpre, à propos du travail lu au mois de janvier dernier par M. Poncet (du Val-de-Grâce), l'Académie a repris la discussion sur la fièvre puerpérale provoquée par la lecture, dans la dernière séance, du rapport de M. le professeur Cornil sur les travaux de MM. Doyen (de Reims) et F. Widal.

M. le professeur Hardy a cité plusieurs faits très probants, montrant que, depuis longtemps, la clinique avait établi l'analogie de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle. M. Hervieux a rappelé que déjà, au mois d'avril 1885, il avait de même, dans une communication à l'Académie, montré l'analogie de la septicémie puerpérale et de l'érysipèle des femmes en couches.

M. Guéniot tient à ce que l'on distingue trois formes dans l'infection puerpérale, la forme péritonitique, la forme pyohémique et la forme septicémique. — M. Cornil admet également trois formes, mais ce ne sont pas les mêmes : dans la première, il y a septicémie, dans la deuxième, il y a pyohémie, dans la troisième, la muqueuse utérine est recouverte d'une fausse membrane épaisse qui s'accompagne d'accidents de phlébite.

Ces classifications étaient difficiles à mettre d'accord et M. Charpentier y a épuisé son esprit de conciliation.

Nous aurons à parler dans huit jours d'un long rapport, dont M. Marty n'a pu que commencer la lecture, sur le plâtrage des vins.

Dans le comité secret qui a suivi cette séance, M. le professeur Bouchard a lu un rapport sur les candidats dans la section de pathologie médicale. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Damaschino, en deuxième ligne, M. Cadet de Gassicourt, en troisième ligne *ex æquo* MM. Dieulafoy et Duguet.

A. Ch.

Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (Amygdale de la langue (1).

Par le Dr Albert RUAULT.
Chef du service de la Clinique laryngologique de l'Institution Nationale des Sourds-Muets.

(*Suite*).

La toux a été signalée par Rice (loc. cit.) parmi les symptômes de l'amygdalite préépiglottique chronique. Tantôt elle consiste en quintes qui surviennent de temps à autre ; tantôt, mais plus rarement, elle est presque incessante. Comme toutes les toux rebelles, elle inquiète beaucoup les malades et leur entourage et fait naître la crainte de la phthisie pulmonaire.

Des accès asthmatiques, ou tout au moins des phénomènes dyspnéiques ressemblant à des accès d'asthme, ont été signalés par Heyman et Seifert. Ces faits, dont je n'ai observé aucun exemple, sont à rapprocher des accès asthmatiques causés par l'hypertrophie des amygdales palatines (Schmidt, Rendu).

Lennox-Browne a signalé les accidents dyspeptiques parmi les symptômes de la maladie. Peut-être la grande quantité de salive qu'avalent certains malades pendant leurs continuels efforts de déglutition à vide est-elle une des causes déterminantes de ces troubles gastriques.

Dans quelques observations enfin, on trouve notées des douleurs irradiées, entre les deux épaules, à la région antérieure ou dans les parties latérales du cou, et jusque vers les oreilles. Mais ces faits paraissent assez rares.

Telle est la symptomatologie de l'hypertrophie de la quatrième amygdale. Sa marche paraît être lente et continue. Aucune observation ne signalant l'affection chez des sujets âgés, l'on est en droit de penser que le tissu adénoïde lingual finit par s'atrophier, comme les amygdales elles-mêmes, lorsque les malades arrivent à un âge avancé. Je ne m'étendrai pas sur le diagnostic. Impossible à faire en ne tenant compte que des symptômes, dont l'association ne peut donner que des présomptions, il devient assez facile par l'examen direct à l'aide du miroir laryngoscopique. L'important est d'y penser. Le siège de la lésion, exactement limitée à la région comprise entre les papilles caliciformes et l'épiglotte, sa coloration ne diffère pas sensiblement de celle de la muqueuse linguale voisine, enfin l'aspect que nous avons décrit plus haut, ne prêtent guère à confusion. Le toucher fera constater une consistance légère-

(1) Voir *France médicale* n. 65.

ment élastique, sans induration sous-jacente, et ne causera aucune douleur. Ces différents caractères me paraissent suffisamment tranchés pour qu'il soit difficile de confondre l'hypertrophie de la quatrième amygdale avec quelqu'une des autres affections dont la base de la langue peut être le siège.

Le pronostic, bénin lorsque l'affection est traitée, l'est vraisemblablement beaucoup moins lorsqu'elle est méconnue. Quelques-uns des malades que j'ai observés souffraient depuis des années, et ni les badigeonnages du pharynx avec des topiques divers, ni les gargarismes de toute espèce, ni les eaux minérales n'avaient pu leur procurer aucun soulagement. Le traitement rationnel des affections concomitantes du nez, du pharynx et du larynx n'a été suivi de résultats définitifs que lorsque la lésion linguale a été reconnue et guérie par des moyens appropriés. Aussi recommanderai-je instamment, avec Seifert, de ne pas se hâter de conclure à une simple névrose, dans les cas de paresthésie des premières voies, avant d'avoir examiné avec soin la région préépiglottique. On ne doit pas oublier que, bien souvent, l'étiquette d'hypochondrie, qu'on est trop tenté d'adopter, signifie maladie méconnue, et l'on devra n'en user qu'avec réserve lorsque les sensations accusées par les malades n'auront pas la variabilité qui est le caractère distinctif de l'hypochondrie vraie.

Avant de parler du traitement, je dois signaler une complication qui ne paraît pas très rare : je veux parler de l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale hypertrophiée. Gleitsmann rapporte l'histoire d'une malade dont il avait déjà commencé le traitement qui fut atteinte d'une poussée inflammatoire douloureuse spontanée. La région malade se couvrit d'un exsudat blanchâtre sortant des cryptes des follicules : l'aspect rappelait exactement celui de l'amygdalite cryptique. J'ai observé deux cas à peu près analogues. On peut également observer des poussées inflammatoires aiguës à la suite d'un traumatisme : Seifert a eu à soigner un médecin qui avait été atteint d'une tuméfaction inflammatoire très prononcée de l'amygdale linguale, à la suite de la présence d'un corps étranger du pharynx. (Il s'agissait d'un fragment d'os.)

Le traitement est analogue à celui de l'hypertrophie des amygdales palatines : il faut réduire le volume de la tumeur. On a conseillé l'acide chromique, le nitrate d'argent, les solutions iodo-iodurées, enfin le galvano-cautère et l'ablation des masses hypertrophiées à l'aide de l'anse galvano-caustique. Pour ma part, je ne me suis servi que du galvano-cautère. J'ai fait à l'aide du couteau galvano-caustique, des scarifications dans la forme en nappe, et des cautérisations profondes à l'aide d'un cautère à boule dans les formes circonscrites. Je n'ai pas encore vu se produire de réaction bien vive à la suite de ces cau-

térisations. Le lendemain et le surlendemain, le malade souffre plus ou moins en avalant sa salive et surtout pendant les repas, le troisième jour la douleur diminue dans la plupart des cas, et elle cesse complètement au bout de quatre ou cinq jours. Les gargarismes à l'eau très froide, répétés plusieurs fois par jour, m'ont paru un bon moyen de calmer ces douleurs consécutives à la cautérisation. J'ai toujours exécuté l'opération avec des cautères à courbure appropriée, sous le contrôle de la vue, à l'aide du miroir laryngoscopique. Le malade tient lui-même sa langue hors de la bouche, comme lors des opérations intra-laryngiennes. Les cautérisations ne sont pas très douloureuses; néanmoins, si le malade le désire, on peut employer la cocaïne. Il faut avoir grand soin d'éviter la brûlure de l'épiglotte.

Dans le cas d'inflammation aiguë spontanée, on peut prescrire un gargarisme au borate de soude, et l'application de compresses froides au devant du cou.

Les cas que j'ai observés personnellement jusqu'ici sont au nombre de quatorze : huit femmes et six hommes. Mes malades avaient de 18 à 45 ans. Je ne parle ici que des cas où les lésions s'accompagnaient de plusieurs des symptômes décrits par les auteurs qui m'ont précédé ; car j'ai observé un certain nombre d'autres malades atteints d'hypertrophie des amygdales palatines et aussi quelques personnes bien portantes, n'accusant aucun symptôme du côté de la gorge, chez lesquelles l'amygdale linguale était de dimensions évidemment supérieures à la normale. Je rapporterai seulement ici deux observations parmi celles dont la valeur me paraît réelle, parce qu'il s'agit de malades qui ont guéri seulement par le traitement local de l'amygdale linguale hypertrophiée. J'y joindrai un cas d'inflammation aiguë de cette amygdale qui, cette fois, ne m'a pas paru, après guérison, d'un volume supérieur à la normale. Je ne parlerai pas des autres malades, afin de ne pas rapporter d'observations presque identiques. Quelques-uns d'entre eux sont du reste encore en traitement, et d'autres ayant été soignés en même temps pour différentes lésions des premières voies, il est difficile de savoir d'une façon certaine quels étaient les symptômes plus particulièrement attribuables à chacune d'elles.

(*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le D Villard professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille

qui se porte candidat au titre de correspondant national (1re division) ; 2° un travail manuscrit de M. le Dr Siry, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à la mairie du VIIIe arrondissement de Paris pendant l'année 1887 ; 3° une note sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au Havre, par le Dr Mase, pendant l'année 1887 ; 4° un mémoire sur les résultats comparatifs des vaccinations faites au 141e d'infanterie, pendant les années 1886 et 1887, avec du vaccin provenant d'enfants, d'adultes et de génisses (conservé), par les Drs Bayard, médecin-major, et Jaubert, médecin aide-major.

De la forme tuberculeuse des manifestations oculaires de la lèpre. — M. *Panas* fait un rapport sur une communication faite à l'Académie par M. Poncet, dans la séance du 10 janvier dernier. Il rappelle les conclusions suivantes formulées par M. Poncet.

L'infection lépreuse envahit l'œil de l'extérieur vers la profondeur. La voie de transmission n'est pas le sang, mais bien le tissu connectif et les nombreuses cellules migratrices qui le traversent, en d'autres termes, les voies lymphatiques de l'œil.

Le grand nombre des bacilles contenu dans un espace relativement restreint du tissu conjonctif, joint à la multiplication et à la diffusion rapide du parasite, peuvent seuls rendre compte du pronostic si désespérant de cette affection.

L'auteur n'a eu à sa disposition que deux yeux de lépreux, ce qui ne lui a pas permis de tirer des conclusions définitives au point de vue de la lèpre oculaire.

Discussion sur l'infection puerpérale. — M. *Hardy*. La clinique a depuis longtemps établi les rapports de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle. Dans les hôpitaux, en effet, on constate souvent à la fois des épidémies d'érysipèle et de fièvre puerpérale. A l'hôpital Saint-Louis, M. Hardy était à la fois chargé de deux services, un service de maladies de la peau, un service d'accouchements ; ce dernier a souvent dû être fermé à cause d'épidémies de fièvre puerpérale.

En 1865, en particulier, M. Hardy eut à combattre une épidémie grave, il parvint à opérer un changement dans ses deux services, c'est-à-dire qu'il mit les femmes en couches dans la salle réservée aux maladies de la peau et inversement. L'expérience réussit en ce sens qu'elle arrêta la marche de la fièvre puerpérale, mais, parmi les femmes atteintes de maladies de la peau et passées dans la salle d'accouchements, il se produisit une très grave épidémie d'érysipèle qui atteignit toutes les malades présentant la plus légère ulcération.

Voici un fait très probant. Deux médecins de Londres s'étant rencontrés dans la journée près d'une femme atteinte d'un érysipèle phlegmoneux, furent l'un et l'autre appelés dans la nuit auprès de

femmes en couches. Ces dernières contractèrent la fièvre puerpérale et en moururent.

Ainsi, si la microbiologie a démontré l'identité des microbes de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle, il y a longtemps que la clinique l'avait devancée dans cette voie.

M. *Hervieux* a déjà démontré (séance du 21 avril 1885), 1° que l'érysipèle des femmes en couches n'est que l'une des expressions de la septicémie puerpérale, de même qu'il est une des formes de la septicémie chirurgicale et de la septicémie néo-natorum ;

2° Que l'érysipèle et la septicémie peuvent s'engendrer réciproquement par voie de contagion.

M. Hervieux donne le nom de septicémie à toute affection puerpérale déterminée par un principe virulent, et il n'est pas une seule des formes de la septicémie puerpérale qui soit constamment mortelle.

M. Guéniot croit que le mot fièvre puerpérale employé mardi dernier par M. Cornil, et le mot de septicémie puerpérale employé aujourd'hui par M. Hervieux peuvent amener une certaine confusion. Il y a trois formes dans l'infection puerpérale: la forme péritonitique, qui est toujours très grave, la forme pyohémique qui infecte le sang par le pus, enfin la forme septicémique.

A l'heure actuelle, les deux formes péritonitique et pyohémique sont les formes les plus graves de l'infection puerpérale. La septicémie a sa source dans l'utérus ou dans le vagin ; elle est due, par exemple, à la rétention du placenta dans le cas de fausse couche; dans ces cas, on peut avoir de l'action sur la source de la septicémie et guérir les malades.

La péritonite infectieuse généralisée est à peu près incurable ; et dans les cas de guérison cités par M. Hervieux, il s'agissait de péritonite localisée, ou peut être même simplement de péritonisme.

M. Cornil. Pour éviter la confusion dans tous ces termes, il faut reprendre les définitions données par les accoucheurs qui nous ont précédés. Depaul, M. Tarnier, M. Hervieux viennent nous dire: Nous avons fait des autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale et nous n'avons rien trouvé ; nous n'avons pas trouvé de pus, ni dans l'utérus, ni dans les lymphatiques.

La fièvre puerpérale était donc considérée comme une fièvre essentielle; la septicémie puerpérale était de même considérée comme une septicémie essentielle. C'est un empoisonnement général plus ou moins rapide.

M. Cornil croit qu'on peut reconnaître trois degrés dans l'infection puerpérale. 1° Les cas dans lesquels il n'y a pas de pus, c'est la septicémie ; il y a des micro-organismes dans la cavité utérine ; 2° les

cas dans lesquels il y a du pus dans la cavité utérine, c'est la pyohémie ; 3° il y a une troisième variété, celle dans laquelle une fausse membrane très épaisse adhère à la muqueuse de l'utérus, c'est un empoisonnement moins intense que ceux que l'on observe dans les deux formes précédentes.

La gravité des lésions dans ces différents cas dépend de l'étendue de ces lésions. M. Cornil ne peut pas admettre avec M. Siredey que dans tous les cas d'autopsie, on peut trouver du pus. Dans deux cas de M. Widal où l'autopsie a été très soigneusement faite, on n'a pas trouvé de pus. De même dans un grand nombre de faits de M. Depaul et de M. Tarnier, on n'a pas trouvé de pus à des autopsies de fièvre puerpérale; ce qui faisait le désespoir de nos prédécesseurs. Il y a certainement des formes qui ne s'accompagnent pas de purulence. Il faut donc distinguer la fièvre puerpérale sans pus, la fièvre puerpérale avec pus et la fièvre puerpérale avec fausses membranes dans l'utérus et phlébites consécutives.

M. *Charpentier* croît que M. Guéniot et M. Cornil sont plus près d'être d'accord qu'ils ne le paraissent; seulement l'un se place uniquement au point de vue clinique et l'autre au point de vue anatomo-pathologique. La septicémie puerpérale est une affection générale avec manifestations différentes d'après les cas.

M. *Hardy* a fait un grand nombre d'autopsies de femmes mortes d'infection puerpérale. Il a presque toujours trouvé du pus, mais dans quelques cas à marche très rapide, il n'a rien trouvé, comme si les lésions n'avaient pas encore eu le temps de se produire. Si la femme meurt en vingt-quatre ou quarante-huit heures, le travail pathologique qui amène le pus n'a pas encore eu le temps de se produire.

M. *Hervieux*. Il ne peut y avoir que deux formes de maladie puerpérale, celle dans laquelle il y a un poison et celle dans laquelle il n'y a pas de poison. M. Hervieux a exercé quelque temps en province où il a fait beaucoup d'accouchements. Jamais il n'a observé d'accidents comme ceux qu'on observe à la Maternité. A la Maternité c'étaient toujours des accidents qui provenaient d'un poison ; en province, ce n'étaient que des accidents traumatiques ou dus à un vice de conformation du bassin. Comme l'a dit M. Hardy, les accidents peuvent aller tellement vite que les malades sont comme foudroyées, alors que les lésions n'ont pas encore eu le temps de se produire.

M. *Brouardel*, dans plusieurs cas, à l'autopsie de personnes qui avaient succombé après des tentatives d'avortement, a cherché en vain quelque lésion. Au contraire, il a trouvé du pus dans les cas où la mort avait été moins rapide.

M. *Guéniot* a fait également des autopsies avec résultat négatif, mais ce sont là des faits extrêmement rares.

M. *Cornil.* Il ne faut pas regarder comme une exception la forme sans lésion, c'est une forme rare, mais elle existe.

M. Guéniot me paraît avoir trop de confiance dans la thérapeutique quand il croit que la septicémie puerpérale doit habituellement guérir.

Du plâtrage des vins. — M. *Marty*, au nom d'une commission dont il est rapporteur, commence la lecture d'un mémoire très travaillé sur le plâtrage des vins. Dans la partie qu'il a lue hier, M. Marty se borne à faire l'historique de la question, ce qui nous rend difficile de donner un résumé de cette lecture. Il continuera dans la prochaine séance.

A 4 h. 45, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bouchard sur les candidats dans la section de pathologie médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 11 au 16 juin 1888.

Lundi 11. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Potain, Raymond, A. Robin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Lannelongue, Budin, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Damaschino, Chauffard, Brissaud. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série : MM. Fournier, Landouzy, Déjerine.

Mardi 12. — 4e examen, doctorat : MM. Peter, Proust, Joffroy. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Panas, Polaillon, Maygrier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Laboulbène, Cornil, Hutinel. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. G. Sée, Fernet, Troisier.

Mercredi 13. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Damaschino, Landouzy, Chauffard. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Raymond, Déjerine.

Jeudi 14. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Joffroy. — 4e examen, doctorat : MM. Bouchard, Legroux, Hanot.

Vendredi 15. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Fournier, Ollivier, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Segond. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Budin, Delens, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Potain, Landouzy, Brissaud.

Samedi 16. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu

MM. Richet, Charpentier, Brun. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Cornil, Legroux, Hutinel. — 5e examen, (2e partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Dieulafoy, Fernet, Hanot.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 13, à 1 heure. — M. Martin (Noël) : Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire. *Président* : M. Guyon. — M. Ballière : Recherches expérimentales sur la mort par hyperthermie et sur l'action combinée du chloral et de la chaleur. *Président* : M. Ch. Richet. — M. Degail : Des hémorrhagies intestinales des tuberculeux. *Président* : M. Straus. — M. Duval : Etude sur 22 cas de subinvolution utérine. *Président* : M. Straus.

Jeudi 14, à 1 heure. — M. Leplat : Cancer pleuro-pulmonaire (au point de vue clinique et anatomo-pathologique). *Président* : M. Peter. — M. Arnaud (Léon) : Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme. *Président* : M. Ball.

NÉCROLOGIE

Bégin (Emile), que la *France médicale* a compté pendant assez longtemps au nombre de ses collaborateurs, vient de mourir dans sa 83e année, ayant conservé toutes ses facultés jusqu'au dernier moment et une rare activité de corps et d'esprit. Né à Metz en 1805, il étudia à la Faculté de Strasbourg où il se fit recevoir docteur en 1828 et il appartint pendant neuf ans au corps de la médecine militaire, qu'il quitta pour devenir publiciste, et il écrivit dans le *National*, à côté d'Armand Carrel. En 1832, il quitta la presse pour l'histoire et la littérature. Sous l'Empire, il fut attaché à la Commission chargée de publier la correspondance de Napoléon Ier. Il fut attaché au Ministère de l'Intérieur et devint Bibliothécaire du Louvre en 1870. Après l'incendie de la Commune et la destruction de cette bibliothèque, il fut attaché au même titre à la Bibliothèque Nationale, et fut mis à la retraite en 1888.

Bégin a beaucoup écrit ; nous ne signalerons que les travaux qui touchent à la médecine et parmi ceux-là nous citerons les suivants : *Lettres sur l'histoire médicale du Nord-Est de la France* (1840) ; — *Ambroise Paré*, dont une grande partie a paru dans la France Médicale. Bégin possédait de nombreux documents sur ce chirurgien et il est à souhaiter que ces documents ne soient pas perdus.

Bégin était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1871.

A. C.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour le clinicat chirurgical.* — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale

s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints.

Concours. — 1° Pour le clinicat médical; 2° Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques; 3° Pour le clinicat des maladies des enfants.

Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale, de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, de chef de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu : 1° *Pour le clinicat médical* : A la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ; 2° *Pour le clinicat des maladies syphilitiques et cutanées* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint ; — 3° *Pour le clinicat des maladies des enfants* : A la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans pour les clinicats médicaux, plus de 38 ans pour le clinicat chirurgical au jour d'ouverture du concours.

Concours pour le clinicat des maladies mentales. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 9 juillet 1888, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours* : Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours.

Concours pour le clinicat obstétrical. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours* : Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Fauconnier, préparateur de

chimie, est nommé chef des travaux de chimie biologique, en remplacement de M. Bémont, démissionnaire.

— M. le docteur Netter est nommé chef du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau). — M. le docteur Martin est. nommé préparateur du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours libre.* — MM. les docteurs en médecine *qui seraient dans l'intention de faire un cours libre à la Faculté, pendant le* 1er *semestre de l'année scolaire* 1888-1889, voudront bien se rappeler qu'aux termes de l'art. 10 du règlement, les demandes de cours libres, pour le 1er semestre de l'année scolaire, doivent être remises au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, en sorte que le Conseil de la Faculté et le Conseil général des Facultés puissent en délibérer avant le 1er août.

ASILE CLINIQUE (*Sainte-Anne*). — M. Poubelle, préfet de la Seine, a pris à la date du 17 mai les deux arrêtés qui suivent :

Premier arrêté. — Art. 1er. M. Dagonet (Henri), médecin en chef de la division des hommes à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite pour cause d'ancienneté de services, à partir du 1er juin 1888. M. le docteur Dagonet, Henri, est nommé médecin honoraire des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

Art. 2. Le secrétaire général de la préfecture et le directeur des affaires départementales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution des présents arrêtés.

Deuxième arrêté. — Art. 1er. M. le docteur Dubuisson (Paul), médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est nommé médecin en chef de la division des hommes dudit asile, en remplacement du docteur Henri Dagonet, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Art. 2. M. le docteur Dagonet (Jules) est nommé médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, en remplacement du docteur Dubuisson, nommé médecin en chef audit asile.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêté ministériel, en date du 31 mai 1888, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

CONCOURS POUR TROIS EMPLOIS DE PROFESSEUR AGRÉGÉ A L'ÉCOLE D'APPLICATION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1888, à l'école du Val-de-Grâce, pour trois emplois de professeur agrégé.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées, savoir :

Hygiène et médecine légale militaires ;

Maladies et épidémies des armées ;

Chirurgie d'armée (blessures de guerre).

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit et seront exécutées conformément aux prescriptions du programme arrêté le 6 avril 1878.

Concours en chirurgie. — Première épreuve. — Composition écrite sur

une question de pathologie chirurgicale, tirée particulièrement des lésions observées aux armées.

Deuxième épreuve. — Préparation d'une région anatomique.

Description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte.

Troisième épreuve. — Examen clinique de deux malades blessés, atteints ; l'un, d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique. Un de ces deux malades sera choisi parmi les sujets atteints d'une maladie des yeux ou des oreilles, ou du larynx.

Quatrième épreuve. — Pratique de deux opérations chirurgicales, avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements. — Applications de deux bandages ou appareils.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Concours en médecine. — Première épreuve. — Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire.

Deuxième épreuve. — Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires.

Troisième épreuve. — Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints : l'un, d'une maladie aiguë, l'autre d'une affection chronique.

Leçon sur les deux cas observés.

Quatrième épreuve. — Autopsie cadavérique, avec démonstration, s'il y a lieu, médico-légale, des lésions qu'elle révèle. Examen macroscopique et microscopique de pièces anatomiques.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Conformément à l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re et de 2e classe seront seuls admis à prendre part au concours.

Les médecins militaires, en possession de l'un de ces deux grades, qui désirent concourir adresseront au ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivé de leurs chefs, y compris le directeur du service de santé. Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présentera le candidat, sera transmise au ministre, par voie hiérarchique, avant le 15 octobre 1888, terme de rigueur.

HOTEL-DIEU. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. Dumontpallier commencera son cours le samedi 9 juin 1888, à neuf heures et demie, et le continuera les samedis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie. — Les lundis et vendredis, consultations avec examen au spéculum.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. Nº 67. SAMEDI 9 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 67 Samedi 9 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (Amygdale de la langue) (1).

Par le Dr Albert Ruault,
Chef du service de la Clinique laryngologique de l'Institution Nationale des Sourds-Muets.

(*Suite et fin*)

Obs. I. — M. F..., âgé de 29 ans, né au Brésil et y habitant d'ordinaire, a été d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de 24 ou 25 ans. Aujourd'hui il a toujours l'aspect d'un homme bien portant. Il n'a pas maigri, a le teint coloré des gens à tempérament dit sanguin, mange bien et avec appétit. Depuis quelques années, il s'est mis à tousser, et l'auscultation ayant montré une diminution du murmure vésiculaire à un sommet du poumon, on l'a traité pour un début de tuberculose pulmonaire. Il est fort inquiet de son état, se croit poitrinaire et souffre en outre d'une sensation de corps étranger lui comprimant le fond de la gorge et provoquant de fréquents accès de toux. M. F..., a consulté un médecin de Paris qui a constaté une pharyngite granuleuse, a conseillé de la faire traiter par un spécialiste et me l'a adressé au mois d'août 1887.

A mon premier examen, je constatai en effet l'existence d'une pharyngite granuleuse hypertrophique très accusée, surtout sur les régions latérales du pharynx. Celui-ci était d'ailleurs très rouge, et recouvert par places de mucosités mousseuses. Mais ces signes de catarrhe étaient limités au pharynx buccal, l'examen du nez et du pharynx nasal ne m'y fit rien constater d'anormal. L'état catarrhal céda très rapidement à des badigeonnages avec une solution iodo-iodurée. Je commençai ensuite le traitement de la pharyngite granuleuse par le galvano-cautère, et en quelques séances je détruisis le tissu adénoïde hypertrophié. Ces séances avaient pu être assez rapprochées, car les eschares s'éliminaient ra-

(1) Voir *France médicale* n. 65 et 66.

pidement, et en quelques semaines la gorge était guérie. Mais ni la sensation de corps étranger, ni la toux n'avaient été le moins du monde modifiées ; il n'y avait aucune amélioration de ces symptômes et le malade était très découragé.

J'examinai alors très attentivement les parties profondes du pharynx avec le miroir laryngoscopique, et je constatai que l'amygdale linguale, très hypertrophiée, se présentait sous l'aspect d'une épaisse couche mamelonnée, rouge, refoulant l'épiglotte en arrière et dépassant son bord libre. A trois reprises différentes, je fis des scarifications nombreuses et profondes de la région à l'aide du couteau galvanique, après cocaïnisation. Gargarismes à l'eau glacée pendant les trois ou quatre jours consécutifs à chaque opération. Réaction assez modérée. Le malade était pressé de partir, et je ne pus même attendre, après chacune des deux premières séances, que les eschares fussent tombées pour faire la cautérisation suivante. L'amélioration fut extrêmement rapide ; dix jours après la dernière cautérisation, l'amygdale linguale avait très notablement diminué de volume, et, en même temps la sensation du corps étranger avait entièrement disparu. La toux était devenue assez rare pour que le malade, entièrement rassuré sur son état, ait pu quitter Paris en se considérant comme complètement guéri.

Obs. II. — Mlle F..., de Paris, âgée de 19 ans, s'est présentée à mon cabinet au mois de janvier dernier. Ses parents m'apprennent qu'étant tout enfant, à la suite d'une rougeole, elle a été atteinte de coryza odorant qui a d'ailleurs cédé très rapidement à des irrigations nasales avec des décoctions de feuilles de noyer. En 1884, à l'âge de 15 ans, elle a eu la fièvre typhoïde. A la suite de cette maladie, elle a suivi un traitement tonique et fait de la gymnastique. Elle a fait au gymnase une chute sur le genou, et consécutivement, a été atteinte d'une hydarthrose qui a récidivé après un séjour à Salies-de-Béarn, et l'a forcée à rester étendue pendant près de huit mois. Après sa guérison, elle a pris pendant quelque temps des douches, et elle attribue à l'hydrothérapie l'affection dont elle souffre actuellement. En effet, à cette époque, elle a commencé à se sentir le nez bouché, et sa voix s'est altérée. Elle a été obligée de cesser ses leçons de chant ; sa voix devenait de plus en plus faible et, quand elle chantait, elle ressentait à la gorge une sensation de « grattement » qui la faisait tousser. Elle ne pouvait non seulement chanter, mais même parler sans fatigue. En même temps, elle dormait la bouche ouverte, et se réveillait le matin avec une sécheresse extrêmement pénible de la gorge et de la langue. Dans la journée et surtout le matin, elle éprouvait en arrière du nez une gêne permanente. En même temps, elle ressentait de continuels besoins d'avaler à vide. Ce besoin d'a-

valer cessait pendant les repas pour reparaître bientôt. De temps en temps survenaient de véritables douleurs de gorge durant quelques jours. La jeune fille était en outre sujette à des céphalalgies sus-orbitaires. Elle dormait mal, et, presque chaque nuit, son sommeil était troublé par des cauchemars intenses : elle se réveillait au milieu de la nuit avec de telles angoisses que sa mère avait pris le parti de la faire coucher dans sa chambre. Ces derniers symptômes, qui dépendaient en réalité de l'affection nasale, furent attribués à l'anémie, et combattu, naturellement sans succès, par le fer et le quinquina. La rhinite fut traitée par quelques applications du galvano-cautère et des lavages à l'eau salée ; en même temps, on badigeonnait le pharynx à la teinture d'iode et avec des solutions de nitrate d'argent. Ce traitement, qui dura dix mois et fut suivi d'une saison à Cauterets, n'amena aucune amélioration. A aucun moment la jeune fille ne s'en est trouvée mieux ; et quand elle vint me consulter elle était plus gênée que jamais.

L'examen me fit constater une rhinite hypertrophique amenant une insuffisance marquée de la perméabilité nasale, un catarrhe naso-pharyngien et une sécheresse extrême, avec état parcheminé, de la partie postérieure du pharynx buccal. Le larynx présentait les signes d'un catarrhe léger, avec insuffisance musculaire. En même temps, l'amygdale linguale était très hypertrophiée, et divisée en trois lobes, un médian, placé juste en face de l'épiglotte sur laquelle il s'appliquait, et deux latéraux. Le lobe médian offrait les dimensions d'une petite noisette ; les lobes latéraux étaient un peu plus volumineux, Ces masses hypertrophiées, qui présentaient la même couleur que le reste de la langue, donnaient au toucher une sensation de fermeté manifeste.

Le traitement galvano-caustique de la rhinite hypertrophique permit de rétablir rapidement la perméabilité des fosses nasales. En même temps, des grattages et des badigeonnages du pharynx nasal et buccal avec de la glycérine créosotée produisirent une amélioration rapide de ce côté. La malade cessa de faire comme auparavant de fréquentes expirations nasales brusques, la gêne retro-nasale et la sécheresse de la gorge disparurent, la bouche se maintint bientôt fermée pendant le sommeil. Les cauchemars dont souffrait la jeune fille diminuèrent graduellement. Mais les troubles de la voix restaient stationnaires, et les besoins continuels de déglutition à vide étaient toujours aussi impérieux. Diverses pulvérisations prescrites successivement contre la laryngite amenaient de la toux et n'avaient pu être supportées.

Je commençai alors (5 avril) le traitement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale. Je cautérisai profondément avec un galvano-

cautère à boule; le lobe médian de la tumeur, et ensuite les lobes latéraux, la diminution de volume a été très rapide, et aujourd'hui il ne reste plus trace du lobe médian et les lobes latéraux ont considérablement diminué. Quelques jours après la première cautérisation, les besoins de déglution à vide avaient déjà diminué, et après la seconde, ils avaient disparu. Le larynx a une apparence tout à fait normale. La voix est maintenant bonne, et la jeune fille ne ressent plus de gêne ni de fatigue en parlant.

Obs. III. — M. Georges G..., architecte, âgé de 37 ans, vint me consulter pendant l'été de 1886, pour une douleur de gorge datant de quelques jours. Elle a débuté assez brusquement trois jours auparavant ; elle est continue, mais elle se montre plus vive à chaque effort de déglutition, qui est accompagné d'irradiations douloureuses vers les oreilles. Le malade localise très nettement la douleur à la partie postérieure de la langue ; en tirant celle-ci hors de la bouche, il peut toucher avec le doigt enfoncé profondément dans la cavité, la région qui lui fait mal. M. G..., que j'avais soigné quelques mois plutôt pour une ancienne hypertrophie des amygdales et une pharyngite granuleuse, et qui dès lors n'avait plus rien éprouvé, tandis que depuis des années il avait continuellement mal à la gorge, était très découragé de se sentir repris de cette incommodité, d'autant plus qu'il souffrait encore d'accidents dyspeptiques tenaces, qu'il ne pouvait conjurer qu'à l'aide d'un régime très rigoureux (Voir son observation dans la thèse de Le Gendre, Paris, 1886, p. 144, Obs. IV). L'examen direct à l'aide du miroir laryngoscopique me fit constater que la partie postérieure du dos de la langue, en arrière des papilles caliciformes, était tuméfiée, rouge, et recouverte par places de petites masses d'un exsudat blanchâtre. Je n'hésitai pas à attribuer les symptômes à l'inflammation de cette région; je conseillai un gargarisme au borate de soude et priai le malade de me revenir voir quelques jours après. Je ne revis le malade que trois semaines plus tard. Il m'apprit que tous les phénomènes douloureux avaient disparu rapidement en deux ou trois jours, sans qu'il ait usé du traitement que j'avais conseillé. L'examen ne me fit rien constater d'anormal à la région de la langue qui avait été malade; les follicules linguaux n'étaient pas sensiblement hypertrophiés.

OPHTHALMOLOGIE

Guérison spontanée de cataracte sénile,

Par M. Nicati (de Marseille) (1).

Août 1884. — X..., 78 ans, a vu très bien de loin comme de près.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences par M. Ranvier.

Il est devenu presbyte entre quarante et cinquante ans et a porté alors des lunettes de presbyte. Il se plaint aujourd'hui d'être myope.

On constate aux deux yeux la présence d'une cataracte à grands rayons allant de l'équateur vers le pôle antérieur, qu'ils n'atteignent pas.

Août 1886. — Myopie = 9 dioptries; acuité visuelle parfaite. L'examen le plus attentif fait à l'éclairage oblique et à l'ophthalmoscope ne révèle plus aucune trace d'opacité cristallinienne.

Mort survenue en mai 1887 avec complète conservation de la vision de près (le malade lisait couramment certain Evangile de poche connu par la finesse de ses caractères).

On a publié, et chacun a l'occasion d'en observer, des cas de myopie symptomatique d'une cataracte au début. Ce sont des cas de phacomalacie où le cristallin prend, en se liquéfiant, la forme sphérique. Mais on ne connaît pas l'éclaircissement complet de l'organe coïncidant avec sa liquéfaction. Un fait très approchant a cependant été publié par Lange et relaté dans la *Revue générale d'ophthalmologie* (années 1885 et 1887). Ici, la substance corticale étant devenue liquide, il restait un noyau opaque occupant la partie déclive de la capsule et permettant une acuité de 1/60 avec + 6 D; mais, après deux années, le liquide s'était entièrement résorbé, laissant une cataracte de 1mm,5 à 2mm de diamètre. Quoi qu'il en soit de cette différence, il n'en reste pas moins acquis que l'*éclaircissement de la substance cristallinienne opaque a coïncidé deux fois avec sa liquéfaction*.

L'histologie connaît des agents capables de dissoudre les éléments du cristallin. Est-il permis d'espérer, après les nombreux essais de nos devanciers, qu'ils soient jamais utilisables en thérapeutique?

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

EXTIRPATION DE LA RATE; GUÉRISON, *par le prof. Severeanu*. (*Le Progrès médical Roumain*. n° 16. 1888). — La malade qui fait le sujet de cette observation est âgée de 40 ans et s'est aperçue, il y a huit ans, de l'existence d'une tumeur abdominale au niveau de la région ombilicale. Celle-ci, qui augmenta progressivement de volume, devint douloureuse à certaines occasions. La patiente a eu 9 grossesses normales et aucun accès de fièvre intermittente. Depuis six mois la tumeur a augmenté et est devenue mobile et douloureuse dans certaines positions; elle est dure et élastique, se déplace facilement et mesure 20 centimètres de long sur 12 à 14 de large. La région occupée normalement par la rate est vide. Les organes sont normaux et l'on ne constate d'autres accidents qu'une légère bron-

chite et quelques nausées le matin. La numération des globules rouges a donné 5460000 par millimètre cube ; l'hémoglobine est de 11,5 0/0.

La rate retirée de la cavité abdominale par l'opération pesait 985 grammes. Le grand diamètre de l'organe mesurait 24 centimètres, le petit 15, le bord convexe avait 6 centimètres d'épaisseur, enfin une extrémité de l'organe présentait une petite rate supplémentaire de 5 centimètres de long sur 4 de large, dont l'examen avait fait reconnaître l'existence avant l'opération. Les suites furent très simples et la guérison, quoique retardée par les accès de toux dus à la bronchite, fut rapide. 25 jours après l'opération, la plaie étant complètement fermée, la numération des globules indiqua 2,370 000 par mill. c. ; le chiffre des globules blancs relativement élevé s'abaissa dans les semaines suivantes et peu à peu le nombre des globules rouges s'éleva sans cependant atteindre la normale. L'état général devint tout à fait satisfaisant, l'opérée augmenta de 5 kilogrammes en deux mois et sa menstruation devint tout à fait régulière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

CASTRATION DANS LES FIBROMES. — M. *Tillaux.* J'aime mieux l'hystérectomie abdominale que la castration, parce que celle-ci est encore grave et que la gravité de la première diminue. Pour mon compte, sur les 6 hystérectomies que j'ai faites l'année dernière, je n'ai eu qu'une mort. La castration est souvent fort difficile, et enfin elle n'atteint pas son but à coup sûr, elle peut, il est vrai, remédier aux hémorrhagies, mais ce n'est pas aussi certain que l'hystérectomie.

Pour mon compte en présence d'un fibrome, j'ouvre le ventre avec l'intention de l'enlever ; et je ne fais la castration que si ablation n'est pas possible.

M. *Monod.* J'ai pratiqué, il y a deux ans, une castration pour remédier à des hémorrhagies abondantes. Les pertes disparurent, mais il persiste un écoulement sanguin régulier différent des règles. En somme les hémorrhagies avaient disparu, ce qui est l'important.

Je ne sais trop comment expliquer cette persistance de l'écoulement sanguin car j'ai appliqué les ligatures avec trop de soin pour n'être pas sûr qu'il ne restait aucun fragment de tissu ovarien ; je crois plutôt à l'influence d'une espèce d'accoutumance de l'utérus qui saigne ainsi régulièrement.

Je me demande en outre si, dans la castration, ce n'est pas plutôt la ligature que l'ablation des ovaires qui joue le principal rôle hémostatique.

Malgré ces détails, je crois que mon opération est un succès à l'actif de l'oophorectomie.

M. *Championnière*. Je persiste à croire que M. Monod a laissé un peu de tissu ovarien en arrière de ses ligatures, car cela peut arriver quelle que soit l'habileté de l'opérateur et quelque soin qu'il apporte à placer ses ligatures.

M. *Terrier*. J'ai eu un cas d'ovariotomie suivie de persistance des règles; je suis certain que j'avais laissé un peu de tissu ovarien. Il est des cas où il est presque impossible de placer les ligatures en bonne place et quelquefois c'est très difficile.

Après la castration ovarienne, s'il persiste une flux périodique, on peut être certain qu'on a laissé du tissu ovarien.

M. *Monod*. Dans mon cas je suis sûr d'avoir enlevé tout l'ovaire des deux côtés. Du reste il ne s'agissait pas de règles véritables.

M. *Bouilly*. Sur cinq ~~cas de castration pour fibromes,~~ j'ai eu deux cas de persistance des règles quoique l'utérus ait diminué beaucoup et rapidement de volume.

SARCOME DU BRAS par M. *Boiteux* (de Baume-les-Dames). — RAPPORT. — M. *Le Dentu*. — L'observation de M. Boiteux a trait à un cas de sarcome récidivant du bras pour lequel on a fait d'abord l'ablation de la tumeur et plus tard la désarticulation de l'épaule. Malgré cela il y eut généralisation.

Valait-il mieux faire d'emblée la désarticulation ? Le rapporteur le pense surtout quand il s'agit d'un myxo-sarcome infiltré.

CHLOROFORME DANS LA TRACHÉOTOMIE par M. *Castex*. — RAPPORT. M. *Le Dentu*. — L'observation de M. Castex rapporte un accident de spasme nerveux au début de la chloroformalisation chez un individu atteint de rétrécissement syphilitique du larynx qu'on devait trachéotomiser.

Le rapporteur fait observer que ce cas malheureux ne peut être une contre-indication à l'opération, car ces spasmes peuvent survenir en dehors de la chloroformalisation chez les individus qu'on doit trachéotomiser. Je les ai vu survenir au moment de la première incision chez un individu qui n'était pas endormi.

M. *Terrier*. Je suis de l'avis de M. Le Dentu. J'ajouterai que le cas signalé par lui où il a observé un spasme dès le premier coup de bistouri nous met loin de cette anesthésie du cou qu'amènerait l'incision de la peau.

M. *Segond*. J'ai fait la trachéotomie après une injection de cocaïne chez une malade qui m'a affirmé n'avoir rien senti.

M. *Chauvel.* J'ai un cas de spasme au début de la chloroformisation qui m'a obligé de suspendre le chloroforme.

M. *Schwartz* cite un fait où le chloroforme a facilité l'opération.

M. *Quénu* en cite deux.

M. *Reclus.* J'ai eu deux cas dans lequel la cocaïne m'a donné de bons résultats.

J'ajouterai qu'on oublie trop de se servir de la cocaïne ; grâce à elle, je fais toutes mes cures radicales d'hydrocèle et même la castration.

M. *Hergott* (de Nancy). J'ai opéré grâce à la cocaïne une malade atteinte de fistule vésico-vaginale : elle m'a dit n'avoir senti que le passage des fils.

M. *Le Dentu.* Chez les gens qui asphyxient, le chloroforme doit être manié avec prudence.

M. *Tillaux* présente une tumeur fibreuse du ligament large pesant 13 livres.

Séance du 6 juin 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Trachéotomie dans le chloroforme. — M. *Monod.* J'ai donné trois fois le chloroforme dans la trachéotomie. Dans un cas de trachéotomie difficile où le corps thyroïde était ossifié et où le malade avait avalé du sang, le malade est mort deux jours après, et je crois pouvoir mettre la mort sur le compte de la chute du sang dans la trachée qu'il m'a été impossible d'éviter à cause du chloroforme et des difficultés toutes spéciales de l'opération.

M. *Terrier.* Je me suis trouvé en présence d'un malade ayant une ossification de la trachée, j'ai été bien heureux d'avoir donné le chloroforme qui m'a permis de faire une hémostase parfaite avant d'ouvrir la trachée.

De la castration dans les fibromes. — M. *Monod.* Je n'ai pas présenté mon cas comme un cas de persistance des règles, mais comme un cas de flux hémorrhagique persistant après l'ablation complète des ovaires ; j'ajoute que mon cas n'est pas à l'encontre de l'oophorectomie, puisqu'en somme les pertes ont disparu pour faire place à un écoulement sanguin régulier.

M. *Polaillon.* On doit diviser les fibromes en deux catégories : ceux qui ne s'accompagnent pas d'hypertrophie de l'utérus et par suite de l'augmentation de sa cavité et ceux qui s'accompagnent de l'hypertrophie de l'utérus.

La castration ne semble rien produire dans les cas de la première catégorie, elle ne semble indiquée que dans les cas où il y a augmentation de la cavité utérine et hypertrophie de l'utérus. Dans ces

cas, la castration favorise le retrait de l'utérus et par suite son involution.

L'année dernière j'ai décrit une forme d'hypertrophie utérine à laquelle j'ai donné le nom de gigantisme utérin.

Dans les cas de ce genre, à chaque période menstruelle, cette énorme cavité utérine déverse une grande quantité de sang et, dans l'intervalle des règles, elle donne lieu à un écoulement séreux.

Dans ces cas-là, la castration doit produire de très bons résultats ; c'est ce qui est arrivé dans mon cas.

Quand il y a corps fibreux en même temps, la castration peut être dangereuse.

Dans un cas de ce genre où la castration, facile d'un côté avait été difficile de l'autre, j'ai fait de ce dernier côté la ligature atrophiante : or, le corps fibreux s'est sphacélé et la malade est morte.

Sur trois castrations, j'ai eu deux morts. Sur les dix hystérectomies abdominales que j'ai faites depuis un an, j'ai eu deux décès et une des femmes était tellement exangue qu'elle a succombé malgré l'opération plutôt qu'à cause de l'opération.

La castration dans les cas de tumeurs est une opération sérieuse parce qu'on est obligé, pour saisir les ovaires, de faire subir des mouvements à l'utérus et de le traumatiser en quelque sorte.

Du reste, on peut laisser sous le pédicule utérin après l'opération une portion de la tumeur; cette portion de tumeur peut s'énucléer et tomber avec le pédicule.

L'ouverture de la cavité utérine dans l'opération n'a pas d'importance.

M. *Bouilly*. L'hystérectomie abdominale et la castration s'adressent à des cas différents.

Les gros fibromes ne donnent en général plus d'accidents ou donnent lieu à des accidents de compression, et alors il faut faire l'hystérectomie.

La castration ne s'applique qu'aux petits et aux moyens fibromes en voie de développement et donnant lieu à des hémorrhagies.

J'ai observé deux cas d'utérus gigantesques coïncidant avec des lésions des annexes.

J'ai opéré dans ces conditions une jeune fille de 18 ans qui avait des hémorrhagies considérables; elle avait un petit kyste de l'ovaire, l'utérus pouvait être pris pour un utérus arrivé au quatrième mois de la grossesse. Il a rétrocédé très rapidement après l'opération.

J'ai opéré une jeune femme qui avait deux petits kystes ovariques, l'utérus, qui paraissait être à deux mois de grossesse, a diminué considérablement après l'opération.

Le diagnostic de l'hypertrophie avec les fibromes est difficile, la

mensuration de la cavité utérine ne suffit pas; je crois que les pertes continuelles appartiennent plutôt aux gros utérus, et les pertes menstruelles aux fibromes; ce serait suivant moi un élément de diagnostic plus important.

M. Championnière. Il y a longtemps que l'on considère la castration comme une opération simple et beaucoup plus simple que l'hystérectomie abominale; je ne suis donc pas de l'avis de M. Polaillon. On ne connaît pas encore les indications de la castration, ce n'est pas sur trois cas qu'on peut baser des indications.

J'ai opéré dernièrement une femme qui avait un corps fibreux proéminant dans la cavité utérine qu'on aurait pu peut-être enlever par la cavité utérine, et dont les hémorrhagies ont cessé par la castration.

M. Terrier. Contrairement à M. Polaillon, je dirai que l'opération de l'hystérectomie abdominale est très grave au moins jusqu'ici; au point de vue de la mortalité, la castration n'est pas à comparer. L'important est de savoir si les annexes sont malades. Dans ces cas, l'opération peut-être grave, mais est moins grave que l'hystérectomie abdominale.

M. *Monod* présente un malade auquel il a fait une opération de Gritti.

M. *Tuffier* présente deux enfants auxquels il a suturé un testicule ectopié au fond du scrotum.

M. *Lebec* présente un malade auquel il a enlevé un astragale et un scaphoïde pour un pied bot avec ankylose astragalo-scaphoïdienne.

M. *Delorme* présente une pince tire-balle pour extraire les balles de petit calibre.

P. Bazy.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine à Bordeaux a eu à délibérer sur des places d'agrégés à mettre au concours de 1889. Les places qui pourront être vacantes sont les suivantes, deux pour la médecine, une pour la chirurgie, une pour les accouchements, une pour la physique, une pour la chimie et une pour la pharmacie.

La Faculté a émis un vœu pour la création d'une deuxième place d'agrégé de pharmacie pour complèter l'enseignement de cette science.

Mission. — MM. les Drs Huchard, médecin de l'hôpital Bichat et Schwartz, chirurgien des hôpitaux, viennent d'être chargés d'étudier l'installation des laboratoires et des hôpitaux en Allemagne et en Autriche.

Appel des médecins de réserve en 1888. — A la date du 27 mai 1888, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1888, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

230 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

211 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe;

19 médecins-majors de deuxième classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

S'il y a lieu, M. le gouverneur militaire de Paris mettra à la disposition de MM. les généraux commandant les 5e, 9e et 12e corps d'armée, un médecin-major de deuxième classe appartenant à son gouvernement.

La durée du stage sera de vingt-huit jours, dans tous les corps d'armée; l'appel devra s'opérer de telle sorte qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres d'automne.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accueillies qu'autant que les motifs sur lesquels elles s'appuieront paraîtront nécessiter *impérieusement* qu'il y soit fait droit.

Les intéressés seront, d'ailleurs, prévenus que s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1888, ils y seront astreints l'année suivante.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 30 mai 1888, ont été promus :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Michel.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Aube et Barret.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Piton, Claxel et Guillarmou.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. le pharmacien auxiliaire de deuxième classe, pharmacien universitaire de première classe, Lainé; MM. les aides-pharmaciens, pharmaciens universitaires de première classe, Pluchon et Monmoine.

— Par décret, en date du 30 mai 1888, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. Léon, médecin en chef de la marine en retraite.

La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Jules Simon, sénateur, assisté de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 10 juin 1888, à 2 heures de

relevée, à l'hôtel de la Société nationale d'Horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris.

Ordre du jour. — 1° Allocution de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, président de la Société.

2° Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. le Dr A. Motet, secrétaire général.

3° Allocution de M. Jules Simon, sénateur.

4° Rapport de la commission des récompenses exceptionnelles, par M. E. Decaisne.

5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1888, par M. Guignard.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 27 mai au 2 juin* 1888. — Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 6. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, Croup, 37. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses et autres, 47.

Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 43. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 15. — Maladies organiques du cœur, 61.

Bronchite aiguë et chronique, 50. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 65.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 68.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 4.

Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 26. — Suicides et autres morts violentes, 19. — Autres causes de mort, 159. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 955. — Résultat de la semaine précédente : 929.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La 21e édition du *Formulaire magistral* du professeur BOUCHARDAT, vient de paraître chez l'éditeur FÉLIX ALCAN. Cette édition a été revue et mise au courant des plus récentes découvertes thérapeutiques par M. G. Bouchardat, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris.

Nous signalerons principalement parmi les articles nouveaux : Les formules générales pour les injections hypodermiques, les applications nouvelles de la cocaïne; les médications par l'antipyrine, l'antifébrine, l'emploi nouveau de l'iodoforme et de ses succédanés, les recettes pour les pansements antiseptiques.

Dans les innombrables médicaments proposés journellement, il y avait un choix à faire, et M. G. Bouchardat l'a fait avec la prudence qui a caractérisé les précédentes éditions, qui a assuré le succès du *Formulaire magistral*, et l'a rendu indispensable à tous les praticiens. (1 vol. in-18 de 700 pages, broché 3 fr. 50, cart. à l'anglaise 4 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

…-cinquième année. — Tome I. N° 68. Mardi 12 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

…ureaux
…n s'abonne chez
…haye et E. Lecrosnier
Place
École-de-Médecine
PARIS

Abonnements
UN AN
France.......... 15 fr.
Union postale .. 18 fr.
Pays d'outre-mer 20 fr.

…sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
…ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 68 Mardi 12 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

PHYSIOLOGIE.

Recherches expérimentales montrant que, sous l'influence de la gravitation, les centres appelés moteurs et les autres parties d'une moitié de l'encéphale peuvent déterminer des mouvements dans chacune des moitiés du corps,

Par M. Brown-Séquard (1).

I. Un grand nombre de fois depuis dix-huit mois, j'ai été témoin de faits qui montrent qu'une même partie de l'encéphale peut, sous l'influence d'une excitation, donner lieu à des mouvements d'un côté ou de l'autre du corps, suivant la position de la tête. Ainsi, par exemple, la portion de la surface cérébrale que l'on appelle *zone motrice corticale*, et qui devrait, d'après les doctrines ayant cours aujourd'hui, ne donner lieu qu'à des mouvements des membres du côté opposé à celui de l'irritation, peut, suivant la position de la tête, faire mouvoir un ou deux membres, soit à gauche, soit à droite. Ce fait est absolument contraire aux doctrines reçues et il est tout à fait en harmonie avec l'opinion que j'ai soutenue à l'Académie dans plusieurs communications que j'ai eu l'honneur de lui faire (2).

(M. Brown-Séquard rapporte quelques-uns des faits qu'il a observés et en discute la signification).

Les différences radicales qui ont été observées dans ces expériences, suivant la position de la tête de l'animal, dépendaient entièrement de cette position. En effet, tout, à part cette circonstance, était identique dans chacun des cas : force du courant, écartement des électrodes, partie et côté du cerveau où se faisait l'excitation, etc.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

(2) Voir surtout mes notes sur la *Dualité du cerveau et de la moelle épinière* *Comptes rendus*, 17 octobre et 7 novembre 1887.)

C'est donc bien à un changement dépendant de la gravitation qu'étaient dues les différences observées. Il est clair — et c'est là le point le plus intéressant de ce travail — que la zone motrice de chaque côté du cerveau a la puissance de produire des mouvements dans les quatre membres et non, comme on le croyait, seulement dans ceux du côté opposé à celui de l'irritation. Suivant les circonstances, il y a des mouvements d'un seul ou des deux membres, tantôt du côté opposé, tantôt du côté correspondant. Dans d'autres cas, les mouvements produits ont lieu dans deux membres dont un du côté correspondant, l'autre du côté opposé à celui de l'irritation.

Je dois faire remarquer que l'étude des réactions produites par l'irritation galvanique de la zone motrice corticale du cerveau chez le lapin, indépendamment de l'influence de la gravitation que je signale aujourd'hui montre clairement que cette partie, soit à droite, soit à gauche, peut déterminer des mouvements dans chacun des quatre membres. En multipliant les expériences comme je l'ai fait depuis dix-huit ans, j'ai pu constater : 1° que, chez certains individus, les mouvements n'ont jamais lieu que dans un seul membre quel que soit le point de la zone motrice qu'on irrite ; 2° que, chez d'autres, les deux membres du côté opposé sont mis en mouvement quel que soit le point irrité ; 3° que des mouvements d'un seul ou des deux membres du côté correspondant à l'irritation peuvent avoir lieu quelle que soit la partie de la zone qu'on irrite ; 4° qu'un mouvement *bipède diagonale* peut aussi se montrer quel que soit le point irrité, et que ce sont le membre antérieur du côté opposé et le postérieur du côté correspondant qui en sont le siège, ou que c'est l'inverse.

Ces faits sont déjà décisifs contre les théories reçues. J'y ai ajouté depuis longtemps des preuves d'un autre ordre, en montrant que toute lésion, soit d'un nerf, soit de la moelle épinière, soit de la base de l'encéphale, peut non seulement déterminer des changements dans l'énergie d'action de la zone motrice, augmentant cette puissance du côté correspondant, la diminuant du côté opposé, mais aussi changer le type des mouvements que produisait la zone motrice avant la lésion. J'ai fait savoir qu'une zone motrice qui agissait d'une manière normale avant toute lésion pouvait ne plus causer qu'un mouvement du côté correspondant à l'irritation ou un mouvement bipède diagonal après une lésion d'un nerf, de la moelle épinière ou de la base de l'encéphale. Aujourd'hui, les faits que je rapporte montrent que la gravitation, qu'il y ait eu ou non des lésions à la base de l'encéphale, peut changer plus ou moins complètement les manifestations motrices dues à la galvanisation de la zone motrice.

Bien qu'il ne puisse pas y avoir le moindre doute à l'égard de la cause qui, dans les expériences que j'ai rapportées, modifiait d'une manière si notable l'effet produit par la galvanisation d'un même point de la surface cérébrale, il importe de dire qu'une autre cause, agissant comme la gravitation, ne produit que rarement une influence analogue. Je veux parler de la section du nerf grand sympathique cervical, qui amène, comme la gravitation, un changement dans la quantité de sang d'une moitié du cerveau. Je n'ai vu que deux fois, sur un grand nombre d'expériences, la moitié du cerveau où la quantité de sang était augmentée comme conséquence de la section de ce nerf produire des mouvements dans d'autres membres que ceux qui étaient mus par l'irritation de la zone corticale avant cette section. Mais la gravitation, elle aussi, ne produit pas toujours les effets que j'ai signalés, puisque je n'ai observé ces effets que chez neuf animaux sur une trentaine mis en expérience à cet égard. Je dois dire aussi que quelquefois l'influence de la gravitation est nulle chez un animal pour un côté du cerveau, alors qu'elle existe pour l'autre.

Ce n'est pas seulement la zone corticale qui est modifiée par la gravitation : l'encéphale tout entier peut changer aussi d'une manière très notable. Ainsi, chez les cinq lapins dont j'ai donné l'histoire et chez plusieurs autres, j'ai constaté que les mouvements qui avaient lieu dans les membres d'un côté, après l'irritation galvanique ou mécanique d'un même point de la capsule interne ou de la base de l'encéphale, avaient lieu dans ceux de l'autre côté, quand on changeait la position de la tête.

Je me suis demandé si la position du tronc participait à un degré quelconque aux changements observés dans les expériences que j'ai rapportées. J'ai constaté que tout dépend de la position de la tête : en effet, le corps étant tenu dans l'attitude ordinaire, les pieds sur une table et le dos en l'air, les mouvements variaient avec les changements de position de la tête seule.

Dans l'une des expériences que j'ai rapportées (la dernière), on peut voir que les deux pyramides antérieures étaient entièrement coupées et que, cependant, l'action de la zone motrice corticale sur les membres persistait, et même à un très notable degré. Je saisis cette occasion pour dire que nombre de fois, chez des lapins, des chiens et des cobayes, je me suis assuré que, malgré la section complète de ces deux pyramides, non seulement les parties qu'on appelle *centres moteurs*, mais aussi la couronne radiée motrice, la capsule interne et les diverses parties de l'encéphale au-dessus ou en avant de la section ont continué de donner lieu, sous l'influence d'excitations galvaniques ou mécaniques, aux mêmes mouvements

que l'on obtient alors que le bulbe rachidien est intact. Il est donc certain que les pyramides antérieures ne sont aucunement nécessaires à la transmission des incitations nerveuses motrices provenant d'une partie quelconque de l'encéphale.

II. Ce n'est pas seulement par les changements dont j'ai parlé jusqu'ici et qui concernent le côté où se produit un mouvement que la gravitation peut agir sur l'encéphale : elle peut aussi déterminer des effets d'ordres très différents. Ainsi, sur un chien qui avait eu la section de la moitié *droite* du cerveau et qui, par suite, avait une contracture intense des deux membres antérieurs, j'ai vu, un grand nombre de fois, disparaître ou réapparaître cette rigidité, toutes les fois que je changeais la position de la tête de l'animal. Lorsque le côté *droit* de la face et de la tête reposait sur la table, les deux membres antérieurs étaient rigides, dans l'extension ; lorsqu'on tournait la tête et qu'on la faisait reposer sur le côté *gauche*, la raideur cessait complètement et était remplacée par de l'agitation. La section du tronc nerveux mixte vago-sympathique, *à gauche*, en produisant une hyperhémie du cerveau *gauche* et diminuant par là la congestion du cerveau *droit*, fit disparaître en grande partie les différences que produisaient jusqu'alors les deux positions de la tête (1). »

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Sur l'élimination par les urines, dans les maladies infectieuses, de matières solubles, morbifiques et vaccinantes.

par M. le professeur BOUCHARD (2).

J'ai démontré, en novembre 1884, que, si l'on injecte au lapin les urines filtrées de l'homme cholérique, on détermine une intoxication spéciale absolument différente de l'empoisonnement par l'urine normale, et qui reproduit les symptômes caractéristiques du choléra : cyanose, algidité, crampes, diarrhée analogue à la purée cholérique, desquamation de l'intestin grêle, accumulation dans la vésicule biliaire de la bile qui ne s'écoule plus dans l'intestin, albuminurie graduellement croissante, anurie, urémie et mort après trois ou quatre jours de maladie.

Je puis établir aujourd'hui, pour une autre maladie infectieuse, la *maladie pyocyanique*, que les urines des animaux infectés emportent non seulement des poisons solubles, capables de reproduire chez les

(1) Voir les détails de cette expérience et d'autres faits analogues dans les *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, p. 608, 1887.

(2) Communication à l'Académie des sciences.

animaux sains quelques-uns des symptômes de la maladie infectieuse, mais même la matière vaccinante soluble, qui se montre capable de rendre les animaux auxquels on injecte ces urines réfractaires à l'inoculation ultérieure de l'organisme pathogène.

Les urines d'une série d'animaux successivement inoculés avec le bacille pyocyanique ont été recueillies chaque jour, filtrées au filtre de porcelaine, et les essais de culture ont établi chaque fois qu'aucun microbe n'avait passé à travers le filtre. Cette urine ainsi dépouillée d'organismes pathogènes a été, tous les deux jours, injectée à la dose moyenne de 30cc. sous la peau de lapins sains. Trois lapins ont reçu ainsi 205cc, 145cc et 140cc d'urine.

Les deux premiers lapins ont présenté, au bout de douze à quinze jours une paralysie des membres postérieurs, telle qu'on l'observe chez les animaux inoculés sous la peau avec le microbe pyocyanique ou chez lesquels on injecte sous la peau la culture filtrée débarrassée de ses microbes.

Le premier animal est mort par suite d'un accident. Les deux derniers ont été inoculés par la voie intra-veineuse : l'un avec 1cc,2, l'autre avec 1cc de culture de bacille pyocyanique. Pour chacune de ces deux inoculations, des témoins ont été inoculés de la même façon et aux mêmes doses avec la même culture puisée au même instant. Les témoins ont succombé après vingt-sept heures, vingt-huit heures et vingt-deux heures. Les deux animaux préalablement injectés avec l'urine sont actuellement encore bien portants.

Des animaux préalablement injectés avec des urines normales n'ont acquis aucune immunité.

Ces expériences prouvent que les matières solubles, morbifiques ou vaccinantes peuvent être fabriquées par les microbes dans le corps des animaux infectés comme elles le sont *in vitro* ; que ces matières solubles ne restent pas indéfiniment dans le corps des animaux infectés, mais qu'elles sont capables de s'éliminer en partie au moins par la sécrétion urinaire.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement des myomes utérins par l'hydrastis canadensis. (*Therapeutic Gazette.*, *janvier* 1888. *Prager med. Woch* 19. 87). — L'observation rapportée par le Dr *Vinc. Schmidt* est relative à une femme âgée de 46 ans, qui avait été mariée deux fois. Depuis l'âge de 14 ans la menstruation avait toujours été régulière. Il y a 15 ans, la malade fit une fausse couche de trois mois. Dans le courant de 1864 un léger gonflement occupa la partie inférieure de l'abdomen, la tumeur augmenta de volume et la menstruation devint

irrégulière, il y eut des métrorrhagies et des douleurs siégeant dans l'abdomen, les reins et les aines. Lorsque Schmidt examina la malade, celle-ci était pâle et affaiblie par les hémorrhagies, et une tumeur volumineuse se sentait immédiatement au-dessous de l'ombilic. Aucun signe de grossesse. Circonférence abdominale à 10 centimètres au-dessous, 1 mètre 2 centimètres; enfin l'ombilic était à 19 centimètres du pubis et à 44 centimètres de l'appendice xyphoïde. La tumeur avait le volume d'une tête d'adulte, elle était dure et occupait la ligne médiane ; une autre plus petite était située à droite et au-dessus de la précédente. Le toucher vaginal permit de sentir la tumeur, et les mouvements communiqués par le doigt à l'utérus se transmettaient au néoplasme.

Malgré l'affaiblissement provoqué par les hémorrhagies, la malade ne voulut pas consentir à une opération et le Dr Schmidt prescrivit des stimulants, le tamponnement du vagin avec le perchlorure, et donna par jour une demi-cuillerée à thé de teinture d'hydrastis canadensis. Les hémorrhagies s'arrêtèrent et, après 15 jours, la tumeur s'était affaissée légèrement. Après un traitement prolongé, la menstruation devint régulière ; quatre mois après, la tumeur avait considérablement diminué de volume et l'état général était aussi satisfaisant que possible. L'hydrastis canadensis a été recommandé par nombre d'auteurs dans le traitement des affections utérines et, d'après l'observation rapportée, son usage paraît sérieusement indiqué dans le traitement des fibro-myomes puisque d'après Valent. Schmidt il a supprimé dans son cas la nécessité d'une intervention.

De l'action inhibitrice de la cocaine sur les réflexes au point de vue du diagnostic. (*British med. Journ.* 14 *Janv.* 1888). — *M. H. Fenwick* a rapporté, à la Société médicale de Londres, un certain nombre de cas dans lesquels la douleur localisée dans divers points du corps a été supprimée en quelques secondes par une injection dans l'urèthre d'une solution à 20 0/0 de cocaïne. Des névralgies crâniennes cervicales, intercostales, lombo-sacrées ont été momentanément amendées de cette manière. L'auteur a cherché à expliquer cette action de la cocaïne par des expériences sur des grenouilles décapitées. La patte d'une grenouille décapitée est violemment projetée lorsqu'on la plonge dans une solution acide, mais si l'on injecte préalablement dans la vessie ou le rectum de la cocaïne, on n'obtient plus cet effet, au moins immédiatement. Cette action inhibitrice, le médicament ne la possède que pour les solutions acides faibles. Fenwick a montré ainsi que des névralgies peuvent être combattues par l'injection dans l'urèthre de quelques gouttes de cocaïne, mais si la douleur dépend d'un cancer, d'une inflammation, etc., l'effet est nul. Si donc une douleur rénale est supprimée

de cette manière, elle sera due à une irritation légère, telle que celle que produisent la lithiase, la congestion, la gravelle. Si au contraire, elle persiste, il s'agit de cas plus sérieux, gros calculs, dilatation du bassinet, etc. L'action de la cocaïne sur la circulation des reins pourrait encore être utilisée pour prévenir les congestions et toutes les graves conséquences que provoquent sur les organes les opérations faites sur la vessie et l'urèthre.

Les reins mobiles chez les femmes. (*Pester med.-chir. Presse* nº 13. 1888) — Les déplacements des reins constituent une anomalie assez fréquente chez les femmes et on ne connaît pas encore très bien leur influence sur un grand nombre de maladies. A l'encontre de ce qu'affirment la plupart des auteurs, *Lindner* a observé le plus grand nombre de reins mobiles chez des nullipares, et à un âge où le relâchement des parois abdominales ne peut s'être encore produit. Aussi l'auteur admet-il que l'anomalie est congénitale ou qu'elle se développe chez les prédisposées par suite de circonstances adjuvantes. Au point de vue symptomatologique, Lindner insiste surtout sur les signes que donne la palpation pratiquée avec les deux mains, la droite en avant sur la paroi abdominale, la gauche appliquée sur la région lombaire ; l'existence d'une tumeur mobile ayant la forme et la consistance des reins est caractéristique. Quelques symptômes subjectifs ont une grande valeur, surtout les troubles digestifs, la constipation, la fétidité de l'haleine. Tous ces symptômes tiendraient souvent à la mobilité du rein droit et disparaîtraient sitôt que l'organe est fixé par un bandage. Enfin les troubles nerveux sont très communs. Le port d'un bandage approprié est le meilleur traitement à opposer, s'il ne réussit pas à rendre l'existence supportable, l'auteur est d'avis de pratiquer la néphrectomie, après s'être assuré de l'état de l'autre rein; mais il repousse la néphrorraphie par la méthode de Hahn comme donnant des résultats insuffisants.

Le gaiacol substitué a la créosote de hêtre dans le traitement de la phthisie. (*Corresp.-Blalt f. Schweizer Ærzte* et *Revue de thérapeutique*, 30 *avril* 1888).— La créosote de hêtre ne représente pas un composé défini, mais un mélange de deux substances en proportions souvent variables : le gaïacol, qui entre dans la créosote dans la proportion de 60 à 90 0/0, et le créosol. *Sahli* propose de remplacer la créosote par le gaïacol qui la constitue en grande partie. Les résultats obtenus avec cette dernière substance sont les mêmes que ceux qui sont dus à la créosote. Les quintes de toux sont calmées, principalement au début de la phthisie, l'expectoration plus facile diminue, l'appétit et l'état général s'en trouvent mieux.

Bien que le gaïacol soit doué d'un goût et d'une odeur plus

agréables que la créosote, il n'est pas toujours bien supporté et peut provoquer des vomissements et de la diarrhée chez les tuberculeux fébricitants.

Le gaïacol convient particulièrement aux phthisies torpides, accompagnées d'une expectoration abondante, son emploi peut alors et doit être continué pendant longtemps, et, dans ces conditions, il est bien supporté. Sahli emploie la formule suivante :

Gaïacol très pur................	1 à 2 grammes.
Eau distillée....................	180
Alcool............................	20

M. S. A. A conserver dans un flacon coloré.

Prendre deux ou trois fois par jour deux cuillerées à thé à une cuillerée à soupe de ce mélange dans un verre d'eau après les repas. Le gaïacol peut encore être associé à l'huile de foie de morue.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 30 avril 1888. — Présidence de M. PERCHERON.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Foucart* fait une communication sur un cas curieux de polydactylie, observé dans sa clientèle sur un nouveau-né (sera publié).

M. *Porak*. Les cas analogues à celui cité par M. Foucart, ne sont pas très rares dans les hôpitaux.

J'ai vu il y a un an un cas de macrodactylie, chez un enfant porteur d'un angiome du cou. Chez cet enfant l'indicateur et l'annulaire étaient doubles des autres doigts. Depuis cette époque, ces deux doigts sont toujours restés doubles des autres et la difformité n'existe qu'aux deux mains seulement.

Il faut aussi rappeler à ce sujet que la même déformation chez les enfants établit l'hérédité.

M. *Reuss*. J'ai dans ma clientèle un enfant porteur de six doigts aux deux mains et aux deux pieds ; de plus, je ferai remarquer que le père présente absolument les mêmes difformités.

M. *Porak*. Au point de vue de l'hérédité, je signalerai les faits rapportés par M. Polaillon et où l'on voit des villages affectés principalement de la même difformité.

J'ai vu pour ma part un enfant atteint de *pied-bot* dont la mère présentait la même difformité, c'est le seul cas personnel d'hérédité de pied-bot que j'ai rencontré jusqu'à présent.

M. *Dauchez*. Fait une communication sur les dangers de la trachéotomie en un temps (sera publié).

M. *Verchère*. Je ne viens pas défendre ici la trachéotomie en un temps dont, en somme, l'utilité n'est que relative. Mais ce qui ressort de l'observation de M. le Dr Dauchez, c'est que les préceptes formulés par M. de Saint-Germain n'ont pas été rigoureusement suivis.....

Si l'on avait immobilisé la trachée avant d'opérer, il est probable que l'on aurait pu l'inciser sur le milieu.

M. *Dauchez*. Celui qui a fait l'opération dans le cas que je viens de communiquer à la Société est très exercé à cette façon de procéder, mais la présence d'un foyer purulent en avant de la trachée n'avait pas permis de la reconnaître exactement, et, par conséquent, de la bien fixer.

M. *Perak* cite des cas où, à l'autopsie, on a trouvé la paroi postérieure de la trachée perforée dans la trachéotomie en un temps.

M. *Philbert* fait une communication sur l'influence de la graisse sur l'atrophie des organes génitaux.

Lorsqu'elle se produit dès l'enfance, chez l'homme, elle empêche le développement des organes génitaux. Deux sujets âgés de 8 et 13 ans lui ont présenté une atrophie de la verge et des testicules. Un autre de 30 ans avait des organes semblables à ceux d'un enfant de 8 ans. Il n'avait jamais eu d'érection ni d'émission de sperme.

Après l'âge adulte, l'obésité amène une diminution considérable des besoins sexuels, mais ils se reproduisent avec l'amaigrissement.

Chez la femme, l'aménorrhée, la dysménorrhée résultent de l'excès de graisse accumulée dans l'abdomen, qui empêche, par sa pression, les fonctions utéro-ovariennes de se produire ; peut-être même l'ovulation ne se fait-elle pas à cause de l'absence d'excitation nerveuse.

Ces divers phénomènes disparaissent lorsque l'amaigrissement est suffisant pour permettre le rétablissement des fonctions génitales.

M. Philbert a eu l'occasion de soigner, à Brides, un certain nombre de malades qui, n'ayant jamais eu de grossesse, sont devenues enceintes et ont eu plusieurs enfants à la suite d'une cure ayant amené une diminution notable de poids.

Les suspensions des règles durant souvent plusieurs mois, il n'est pas rare que le développement du ventre fasse croire à de fausses grossesses.

D'un autre côté, chez des multipares, M. Philbert a eu l'occasion de diagnostiquer des grossesses en se basant sur l'inefficacité absolue du traitement qu'il faisait suivre.

M. *Dauchez*. M. Philbert a-t-il pu établir la proportion des cas où l'obésité a été une cause de stérilité?

M. *Philbert*. Cette proportion est très difficile à établir : il y a des femmes qui deviennent obèses après un premier accouchement.

Je crois, pour ma part, qu'arrivée à un certain degré, l'obésité devient un obstacle à la fécondation.

Généralement, quand une femme a eu un premier enfant, elle n'était pas obèse ; si elle le devient ensuite, elle peut, malgré cela, avoir d'autres enfants.

M. *Foucart*. Je ne voudrais pas infirmer les observations de M. Philbert, mais je ferai cependant observer à la Société que je connais pour ma part plusieurs femmes très obèses au moment de leur mariage et qui cependant ont eu des enfants.

M. *Porak*. Au point de vue de l'accouchement, on pourrait se demander si l'obésité n'est pas une cause d'inertie utérine.

J'ai vu des femmes obèses accoucher facilement, mais il faudrait une statistique, et cette statistique est très difficile à faire dans les hôpitaux où l'on voit peu de femmes obèses dans les services d'accouchement.

Ce que j'ai remarqué, c'est que, généralement, elles sont molles et réagissent peu.

Si l'on donne du chloroforme à une femme nerveuse, elle accouche souvent très vite. D'autres, moins nerveuses, accouchent beaucoup plus lentement et c'est ce que l'on observe généralement chez les femmes atteintes d'obésité.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire général,
Dr Guillier.

NÉCROLOGIE

Le Dr Larue, de Laval, reçu en 1872.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris (4e trimestre). — I. *Inscriptions* : Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 27 juin 1888. — Il sera clos le mercredi 18 juillet, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première année, les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 juin 1888.

2° Inscriptions de deuxième année (Doctorat), les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6 et samedi 7 juillet 1888 ;

3° Inscripions de troisième et quatrième années (Doctorat), 2e, 3e et 4e

années (Officiat), les mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, lundi 16, mardi 17 et mercredi 18 juillet 1888.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 10 juillet 1888.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'Inscriptions, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 3e trimestre 1887-88. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la 9e inscription (doctorat) et de la 5e (officiat); — il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :

Ier trimestre, nov. et déc. 56 jours ; — 2e trimestre, janv., fév. et mars 86 jours ; — 3e trimestre, avril, mai et juin, 86 jours ; — 4e trimestre, juillet à octobre, 56 jours.

Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (8e doctorat et 4e officiat), à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

II. *Consignations :* I. — Les élèves ajournés, à la session de novembre 1887, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (Officiat), devront consigner les mercredi 13 et jeudi 14 juin aux heures ordinaires.

Ils seront appelés à subir leur examen du 25 au 30 juin.

II. — Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen du doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 20 et jeudi 21 juin. (Ils prendront la 4e inscription du 27 au 30 juin inclus et seront appelés à subir leur examen à partir du 30 juillet).

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année : ils consigneront en prenant selon le cas, la 4e, la 8e et la 12e inscription ; Ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

III. — En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens

de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 15 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 8 ou le mardi 9 octobre 1888, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet).

Hopitaux de Paris. — Par arrêté en date du 25 mai 1888, M. Héret, interne des hôpitaux de Paris, est nommé pharmacien de l'hospice d'Ivry.

Bureaux de bienfaisance. — Par arrêté en date du 30 mai 1888, M. le Dr Boivin est nommé médecin honoraire du bureau de bienfaisance du 10e arrondissement de Paris.

— L'administration de l'Assistance publique vient de publier dans sa statistique, selon l'usage, des renseignements sur la population indigente de Paris. Ces renseignements portent sur le recensement opéré en 1886 et sont fort curieux. Sur 41,600 ménages inscrits au contrôle des bureaux de bienfaisance, on compte 2,739 ménages d'étrangers, comprenant plus de 7,000 personnes. Sur 100 chefs de ménage d'origine étrangère, 27.32 sont Allemands; les Anglais ne figurent dans cette statistique que pour 0.95, les Autrichiens pour 1.79, les Espagnols, 1.06, les Hollandais, 6.97, les Italiens pour 7.12, les Russes pour 3.36, les Suisses pour 5.44, les Roumains, Serbes et Bulgares pour 1.31. Sur 1,000 étrangers inscrits au contrôle des bureaux de bienfaisance, 273 sont Allemands, et l'on ne compte que 10 Anglais, 18 Autrichiens, 11 Espagnols, 70 Hollandais, 71 Italiens, 33 Russes, 54 Suédois ; les Belges seuls figurent pour un chiffre supérieur à celui des Allemands.

La Société clinique de Paris. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 14 juin, à 8 heures 1/2, salle Prat, 10, cité du Retiro, 30, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour. — 1° M. Rendu : Généralisation de kystes hydatiques. Paraplégie.

2° M. Lefebvre : Trois observations d'accouchement prématuré provoqué au moyen d'un ballon excitateur et dilatateur volumineux et incompressible.

3° Communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quand et comment doit-on prescrire la digitale, par le Dr Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 volume in-8. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Berthier, 104, boulevard Saint-Germain.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770, e

RENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 69. JEUDI 14 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome 1. N° 69 Jeudi 14 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 13 juin 1888.

M. Prunier a répondu hier, au nom de l'Académie, à la demande qui avait été formulée par le ministre de l'instruction publique au sujet de la différence qui devait être établie entre les remèdes officinaux et les remèdes magistraux. Les remèdes officinaux sont les médicaments de conservation facile dont le Codex a enregistré la formule et le mode de préparation pour les médicaments galéniques, les caractères et le mode de purification pour les médicaments chimiques. Les médicaments formant des mélanges, loochs, potions, juleps, constituent toujours des remèdes magistraux.

M. Alphonse Guérin a pris la parole pour apporter le résultat de sa longue expérience dans la question de l'infection puerpérale, qui avait fait le sujet d'une discussion dans les deux précédentes séances. M. A. Guérin a rappelé l'opinion qu'il soutient sur ce sujet depuis plus de quarante ans.

M. Lancereaux a présenté un malade originaire de la Guadeloupe et atteint d'urines chyleuses et hématiques. M. Lancereaux a pu constater chez ce malade la présence de la filaire du sang, au sujet de laquelle une intéressante discussion s'est élevée. M. Lancereaux n'a constaté cette filaire que la nuit, alors qu'elle disparaissait dans la journée. M. A. Robin croit que l'apparition de la filaire tient non pas à la nuit mais à la station couchée. Cette constatation, qui paraît très facile à faire, va être l'objet de nouvelles recherches de M. Lancereaux.

M. Marty a terminé la lecture, commencée dans la dernière séance, de son rapport sur le plâtrage des vins. Les conclusions sont celles qui ont déjà été formulées par l'Académie : on peut tolérer la présence du sulfate de potasse dans les vins jusqu'à la dose de 2 gram. par litre ; au delà, il y aurait de sérieux inconvénients pour la santé publique.

M. Damaschino a été élu membre de l'Académie, dans la section de pathologie médicale, par 53 voix sur 74 votants. Aucun choix n'aurait pu nous être plus agréable et ne saurait être mieux accueilli.

A. Ch.

Erythème scarlatiniforme et érythème de la gorge

Par M. le Dr Bourdel.
Ancien interne des hôpitaux.

Dernièrement, j'étais appelé auprès d'une petite fille de 7 ans qui présentait sur toute la surface du corps, sauf à la face, une rougeur très vive. A ne considérer que l'apparence de cette éruption, l'idée d'une scarlatine, et d'une scarlatine très accentuée, s'imposait à l'esprit; toute la surface cutanée présentait, en effet, cette teinte frambroisée si caractéristique, et, aux plis articulaires, particulièrement aux aines et aux aisselles, on voyait de petits points plus foncés. comme ecchymotiques. L'éruption datait de deux jours et avait débuté par le thorax et la base du cou, puis s'était généralisée, tout en respectant la face. Au moment où j'examinai pour la première fois la petite malade, elle était surtout accusée sur les membres qu'elle n'avait envahis, me disait-on, que depuis peu. De plus on me prévenait qu'un léger mal de gorge existait depuis quelques jours, ayant précédé l'éruption. Cependant une particularité jurait un peu au milieu de cet ensemble symptomatique si complet de scarlatine: c'était l'absence totale de fièvre à aucun moment. A ce point de vue, les renseignements fournis par la mère, personne fort instruite et très bonne observatrice, en qui on pouvait avoir toute confiance, étaient des plus catégoriques; l'apyrexie avait toujours été complète, et c'était par hasard qu'elle avait découvert sur la poitrine de sa fille la rougeur à son début.

L'enfant n'avait en rien perdu sa gaieté; elle avait accusé seulement un peu de mal de gorge et son appétit avait un peu diminué.

Lorsque je l'examinai, je constatai qu'elle avait la langue un peu blanche et qu'il existait du côté du pharynx un léger degré de rougeur, mais pas d'amygdalite et surtout pas cette teinte vineuse qu'on a l'habitude de trouver dans l'angine scarlatineuse.

Je me trouvai fort embarrassé, car, si l'absence de la fièvre, qui joue un si grand rôle dans la scarlatine, semblait éloigner l'idée de cette maladie, d'un autre côté l'angine, si légère qu'elle fût, pouvait faire naître des doutes au point de vue d'un simple érythème scarlatiniforme ; il y avait d'autres enfants dans la maison et je devais me prononcer sur la question de l'isolement de la malade. Dans le doute, je me décidai pour le parti de la prudence : l'enfant fut tenue isolée dans sa chambre et gardée au lit pendant trois semaines. Cependant au bout de quelques jours, l'éruption s'effaça; les urines, examinées à

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

plusieurs reprises, furent toujours exemptes d'albumine ; une légère desquamation furfuracée, surtout siégeant aux plis articulaires, se montra au bout d'une semaine, mais pas cette desquamation par lambeaux et ce dépouillement des doigts et des orteils qui permettent si souvent un diagnostic de scarlatine.

Par la suite, j'appris que, l'année dernière, la petite malade avait présenté des phénomènes analogues, sans toutefois avoir eu ce mal de gorge, qui avait été la cause principale de mon embarras.

J'avais donc eu affaire, selon toute vraisemblance, à un érythème scarlatiniforme, très accentué, lequel s'était accompagné d'angine, ce qui n'est pas fréquent, et était venu compliquer singulièrement le diagnostic, car je ne pense pas qu'on puisse admettre avec les symptômes précédents l'idée d'une scarlatine apyrétique, ainsi que M. Cadet de Gassicourt en a signalé dernièrement des exemples.

Ce fait m'a paru intéressant à rapporter pour montrer la possibilité de l'érythème de la gorge dans l'érythème scarlatiniforme et les difficultés qui peuvent se présenter dans la pratique, à l'occasion de ces cas, pour faire dès le début un diagnostic précis, ce qui est si important au point de vue de la contagion et du maintien au lit des petits malades.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 *juin* 1888. — *Présidence de* M. Hérard.

La correspondance comprend : 1° une lettre du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, transmettant l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Magitot comme associé libre, en remplacement de M. Dechambre, décédé ; 2° une lettre du président du syndicat général des Chambres syndicales du commerce en gros des vins et spiritueux de France, qui envoie plusieurs rapports sur la question du plâtrage des vins ; 3° un mémoire manuscrit intitulé : Affections épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Provins en 1887, par M. le Dr Darolles ; 4° un mémoire manuscrit sur l'orchite infectieuse primitive, par le Dr Hublé, médecin de colonisation à Lalla Marnia (Oran).

Médicaments officinaux et médicaments magistraux. — M. *Prunier*. Voici, en résumé, comment la commission propose à l'Académie de formuler sa réponse à la demande ministérielle faite à ce sujet : 1° Ne doivent être regardés comme *officinaux* que les médicaments de conservation facile dont le Codex a enregistré la formule et le mode de préparation pour les médicaments galéniques,

ou bien les caractères, purification et essai pour les médicaments chimiques; 2° il ne s'ensuit pas néanmoins que tous les médicaments qui figurent au Codex soient nécessairement officinaux.

Les loochs, potions, tisanes, juleps, etc., sont de nature essentiellement *magistrale*, de même que tous les mélanges prescrits par les médecins, lors même qu'ils se composent uniquement de médicaments officinaux.

Par le seul fait du mélange, ils rentrent dans la catégorie des remèdes magistraux.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. Sur 74 votants, majorité 38, M. Damaschino est élu au premier tour de scrutin par 55 voix contre 17 données à M. Cadet de Gassicourt et 2 à M. Dieulafoy.

De l'infection puerpérale. — M. *Alphonse Guérin* décrit deux formes de la septicémie puerpérale, distinctes l'une de l'autre par la présence ou l'absence du pus. Cliniquement, on les distingue très facilement.

Dans l'infection puerpérale, il y a un accident qu'il est difficile d'expliquer: c'est la péritonite généralisée. On s'explique facilement au contraire comment se produit la pelvipéritonite. Quand on a vu l'utérus recouvert de ses vaisseaux lymphatiques, on comprend parfaitement que la péritonite puisse se propager de proche en proche; mais les adhérences s'opposent à ce que la péritonite se généralise.

M. A. Guérin croit que la péritonite généralisée peut guérir: il est donc sur ce point de l'avis de M. Hervieux, mais il ne se contenterait pas de l'argument qu'il a fait valoir. En effet, s'il y a une lésion locale, il est possible que l'on croie à une péritonite généralisée qui n'existe réellement pas.

M. A. Guérin ne croit pas, avec M. Hervieux, que l'infection purulente puisse se transmettre par les voies respiratoires. C'est une opinion que M. Guérin soutenait seul il y a quarante ans, et que tout le monde accepte aujourd'hui. Pour que l'infection purulente se transmette, il faut une plaie, comme on en a eu tant d'exemples pendant la guerre.

Urines chyleuses et filaire du sang. — M. *Lancereaux* présente un malade originaire de la Guadeloupe et offrant des urines chyleuses; ce jeune homme eut également de l'hématurie; il présente dans les aines des tumeurs ganglionnaires molles assez étendues; il ne présente rien du côté des autres organes. Il ne se plaint de rien, mange et se nourrit bien. Il a semblé à M. Lancereaux, en raison de l'origine du malade, que cette affection était de nature parasitaire. En effet, il s'agissait du distome hématobie qui donne de la chylurie et de l'hématurie. M. Lancereaux avait supposé l'existence,

chez ce jeune homme, d'un second parasite, la filaria sanguinis, parasite embryonnaire qui se rencontre dans le sang de l'homme et dans le système lymphatique. L'examen du sang et de l'urine n'avait rien donné, lorsque M. le D[r] Œttinger, ancien interne de M. Lancereaux, conseilla d'examiner le sang le soir; en effet le sang, examiné à 10 heures du soir, montra la présence de nombreuses filaires.

Une expérience à faire serait de faire descendre le malade dans une cave en plein jour, pour savoir si c'est l'heure ou l'obscurité qui provoque l'apparition de la filaire.

Un médecin des douanes chinoises, Patrick Manson, a décrit l'évolution de la filaire : un moustique ou un maringouin suce le sang d'un malade et absorbe des larves; ce moustique mourant tombe dans l'eau, où les larves vivent quelque temps; cette eau est absorbée par un homme chez lequel ces larves vont se développer dans le sang et dans les ganglions.

M. Lancereaux se propose de chercher un mode de traitement de cette affection parasitaire, et il demande sur ce point l'avis de l'Académie.

M. *Bucquoy* a été, il y a quelques années, appelé en consultation près d'une jeune Mauricienne, atteinte de la même affection avec engorgement ganglionnaire très prononcé. Cette jeune fille disait : Lorsque, dans mon pays, on a cet engorgement ganglionnaire, on en meurt toujours, et elle annonçait que sa mort était proche. En effet, le surlendemain matin, M. Bucquoy fut appelé pour assister à ses derniers moments. La malade mourut avec tous les symptômes de la méningite.

M. *Robin* a constaté deux cas de chylurie chez des malades atteints de filaire du sang.

La première était une femme qui ne rendait des urines chyleuses que lorsqu'elle était couchée sur le dos, que ce fût le jour ou la nuit. Il en était de même chez une seconde malade qui ne présentait aucune filaire lorsqu'elle était debout. M. Robin appelle sur ce point l'attention de M. Lancereaux. Il serait bon de voir si l'apparition des filaires n'est point due non pas à l'influence du jour ou de la nuit, mais à la station debout ou couchée, comme M. Robin est porté à le croire.

M. *Lancereaux* fera cette expérience.

Du PLATRAGE DES VINS. — M. *Marty* termine la lecture de son rapport commencée dans la dernière séance, et termine par le résumé suivant :

1° Les documents relatifs à l'enquête faite à l'école nationale d'agriculture de Montpellier ne paraissent pas à votre commission de

nature à infirmer les résultats de l'enquête générale ordonnée en 1884 par M. le ministre du commerce.

2° Les renseignements et les faits analysés dans le présent rapport démontrent que le plâtrage exagéré exerce sur la santé publique une influence fâcheuse.

3° Se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, la commission ne peut approuver en principe, le plâtrage des vins.

4° Cependant, préoccupée des nécessités de la production et du commerce, et tenant surtout compte de l'intérêt des consommateurs, qu'il serait imprudent, par une mesure trop absolue, de priver, dans certaines années, des vins que, seul, jusqu'à ce jour, le plâtrage modéré paraît propre à conserver;

5° Considérant que, si le sulfate de potasse se rencontre normalement dans les vins purs, il n'y existe jamais dans une proportion supérieure à 0 gr 60 par litre, ainsi que l'analyse permet de le constater;

Qu'il n'est pas clairement démontré que, jusquà la dose de 2 grammes par litre de vin, le sulfate de potasse introduit par le plâtrage ait une action nuisible pour la santé, mais qu'il est indispensable de fixer la limite maximum du sulfate de potasse qui peut sans danger sensible être introduit dans le vin par le plâtrage.

Emet l'avis;

Que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maximum de 2 grammes par litre. En outre, la commission exprime le vœu que la circulaire de M. le garde des sceaux, en date du 27 juillet 1880, reçoive une application effective.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 *juin* 1888. — Présidence de M. Siredey.

Ladrerie chez l'homme. — M. *Millard* présente un malade de son service. Gros mangeur de porc, il avait été soigné pour le tœnia dans le service de M. Guyot; absinthique avoué, il entrait à l'hôpital pour une monoplégie du membre inférieur gauche survenue à la suite d'une attaque épileptiforme; de plus, on constatait sur diverses parties du corps une quarantaine de tumeurs. Malgré les renseignements recueillis, la nature de ces tumeurs restant douteuse, l'extirpation de l'une d'elle la montra remplie de cysticerques. La coïncidence de ces tumeurs avec le tœnia permit de penser que cet

homme a pris les œufs de son propre tœnia, comme M. Troisier en a cité un exemple. D'autre part, est-ce à l'absinthisme ou à une tumeur cérébrale qu'il faut rapporter les deux accès épileptiformes? La marche ultérieure des accidents pourra seule renseigner.

M. *Troisier* a dit que le diagnostic des tumeurs produites par les cysticerques est généralement facile, mais il reconnaît qu'on peut les confondre avec des lipômes.

M. *Sevestre* se rappelle un cas de mort rapide après une céphalalgie intense comme unique symptôme et où de nombreuses tumeurs parasitaires occupaient les méninges; l'une d'elles avait suppuré et avait occasionné une méningite purulente.

Spasmes musculaires dans le rhumatisme chronique. — M. *Ballet* démontre que les affections articulaires, en retentissant sur la moelle, déterminent non seulement de la contracture musculaire et de la paralysie amyotrophique, mais encore du spasme musculaire. Il s'appuie sur les trois faits suivants : Chez une femme de 61 ans, présentant aux mains les lésions très accusées de rhumatisme chronique et des craquements aux grosses articulations, M. Ballet a observé des crises de spasmes survenant à chaque instant et caractérisées par un mouvement d'adduction du bras avec rotation en dedans, ne s'accompagnant pas de douleurs de crampes. Le second fait est celui d'un homme de 48 ans, rhumatisant, avec arthrite temporo-maxillaire et qui, plusieurs fois par jour, est affecté de spasmes des masséters se produisant quand il parle et quand il mâche. Le troisième fait a trait à un des membres de la Société qui, atteint d'arthrite chronique de l'une des articulations du tarse, voit, quand il marche, son péronier latéral entrer en contracture.

De ces faits, M. Ballet conclut qu'à côté des spasmes par abus fonctionnel et des spasmes dus à la susceptibilité du système nerveux, il faut réserver une place à ceux résultant de l'hyperexcitabilité médullaire liée à une lésion articulaire chronique.

Le talc dans les diarrhées chroniques. — M. *Debove* a administré la poudre de talc aux doses de 200 à 600 grammes par jour, délayée dans du lait, dans le cas de diarrhée tuberculeuse chronique. Il a toujours obtenu un succès complet; à la diarrhée a succédé une constipation opiniâtre qui a permis de donner à ces malades un régime de suralimentation par les corps gras. Le talc s'élimine en vingt-quatre heures; étant fort léger, il a l'avantage d'être expulsé facilement avec les moindres contractions, même par les estomacs dilatés.

Angine syphilitique précoce. — M. *Du Castel* a étudié tout spécialement cet accident admis par Lasègue, rejeté par Fournier, puis décrit par Rollet comme se localisant au voile du palais. Pour

M. Du Castel, c'est une angine spéciale, caractérisée d'abord par l'hypertrophie des glandes du voile, puis par la vascularisation de la région; fait important à noter : la muqueuse n'est pas malade au début; elle ne s'enflamme que tardivement. M. Du Castel ne croit pas que, dans l'angine syphilitique précoce, il s'agisse d'une roséole, car, dans la roséole cutanée, on n'observe ni l'hypertrophie des glandes ni la vascularisation.

SAPELIER.

VARIÉTÉS

Le musée d'hygiène de la Faculté de médecine.

L'enseignement de l'hygiène est en pleine période de transformation dans les Facultés de médecine; aux leçons purement didactiques d'autrefois on s'efforce d'associer les exercices et les démonstrations pratiques; tant il est vrai que la science sanitaire, dégagée des hypothèses, s'affirme et se précise de plus en plus. C'est pourquoi les professeurs d'hygiène de nos Facultés de médecine s'empressent de multiplier les moyens d'instruction et de donner à la science qu'ils enseignent, dans la mesure qui leur est accordée, un caractère technique et expérimental de plus en plus développé. Les leçons de choses sont, en hygiène, tout aussi nécessaires qu'ailleurs : comment enseigner et comprendre, si ce n'est à l'aide de dessins et d'appareils, le chauffage, l'éclairage, l'aération et la ventilation?

De même, les procédés propres à l'étude étiologique et à la prophylaxie des maladies transmissibles ne peuvent être aisément ordonnés et mis en pratique qu'autant qu'on a pu étudier expérimentalement leur raison d'être et leurs conséquences, etc., etc. D'où la nécessité, comme le faisait récemment observer M. le professeur Proust, de mettre à la disposition des maîtres et des élèves des collections d'appareils, de modèles et de dessins, dont l'ensemble puisse constituer un musée d'enseignement, en même temps qu'un laboratoire d'hygiène permettrait de poursuivre expérimentalement l'étude des questions si importantes et souvent si complexes qui font l'objet de l'enseignement dans la chaire d'hygiène.

Aussi existe-t-il aujourd'hui : 1° des instituts d'hygiène, comprenant des laboratoires et musées et s'occupant de toutes les branches de l'hygiène à Munich, à Leipzig, à Groningue, à Buda-Pesth, à Amsterdam, à Gratz, à Klausenbourg, à Berlin et à Tokio; 2° des services scientifiques dépendant de l'administration et pouvant être considérés comme des centres d'enseignement à Berlin (K. off. Ge-

gesundheitsamt) et à Londres (Local government Board); 3° des musées d'hygiène munis de laboratoires analogues à des instituts d'hygiène, à Londres (Harkes Museum of hygiene), à Washington (Museum of hygiene of naval medical Department) et à Montpellier; 4° un musée public d'hygiène à Turin; 5° des laboratoires d'hygiène dans la plupart des Facultés et des Écoles de médecine des divers pays.

A cette énumération sommaire, il y a lieu d'ajouter maintenant le musée et le laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris. Le musée est ouvert depuis deux mois, tous les jours, sauf le dimanche et les jours fériés, de une heure et demie à cinq heures; la construction du laboratoire va être achevée dans quelques jours. L'un et l'autre sont sous la direction de M. le professeur Proust, dont la persévérance éclairée et le dévouement ont réussi à obtenir, avec l'appui bienveillant de M. le Doyen et de M. le Directeur de l'enseignement supérieur, les locaux et les subventions nécessaires pour la réalisation de ces deux importants établissements scientifiques.

Les ressources mises à la disposition de la Faculté pour installer le musée d'hygiène dans les dépendances de la nouvelle École pratique n'ont assurément pas permis de lui donner toute l'extension qu'une pareille institution comporte; nous ne sommes malheureusement pas dans un pays où l'on ne fasse nulle difficulté d'accorder, comme à Berlin, une somme de près de 100,000 francs et un bâtiment spécial de plusieurs étages pour l'installation d'un musée d'hygiène. Mais, tel qu'il est actuellement, celui de la Faculté de Paris, comprend, pour chacune des branches de l'hygiène, des appareils ou des collections de choix, représentés par des spécimens permettant de donner à ses diverses parties des développements rationnels. M. Proust s'est efforcé de lui imprimer un caractère d'enseignement bien approprié à son but, voulant que les dispositions adoptées pour la présentation des appareils les fixent bien dans la mémoire des élèves et leur permettent ainsi d'en raisonner les particularités et la raison d'être. Aussi est-on en droit d'affirmer qu'au fur et à mesure de ses développements, ce musée ne cessera pas de conserver son caractère scientifique et son utilité pratique.

La classification permet une étude comparative des systèmes représentés, soit qu'il s'agisse du chauffage, de la ventilation, de la prophylaxie des maladies transmissibles, de l'assainissement des habitations, de la filtration des eaux, de l'hygiène industrielle et professionnelle, etc. C'est ainsi que l'une des salles est consacrée aux épidémies: des préparations microscopiques et anatomo-pathologiques y permettent de se rendre compte des différences morphologiques des

micro-organismes pathogènes et des lésions qu'ils déterminent dans l'organisme directement ou indirectement ; des appareils sont disposés de façon à montrer comment se pratiquent les recherches bactériologiques et bactérioscopiques, comment l'air et les eaux sont analysés chimiquement et microbiologiquement ; puis des cartes permettent d'étudier la distribution géographique des épidémies, et des spécimens d'appareils indiquent quels sont les procédés susceptibles de réaliser les mesures prophylactiques les plus recommandées, en particulier la désinfection sous toutes ses formes et variétés ; enfin, dans cette même salle, les moyens de filtration des eaux apportentleur contingent à l'étude étiologique et prophylactique des maladies transmissibles. On voit ainsi combien il devient relativement facile pour les élèves de se rendre compte de toutes ces questions où l'hygiène emprunte à la science du laboratoire et à la technique industrielle des éléments si nombreux.

L'une des parties qui a pu dès maintenant prendre un assez grand développement au Musée d'hygiène de la Faculté de médecine, c'est celle qui est consacrée à l'assainissement de l'habitation. La collection des appareils de chauffage, d'aération et de ventilation comprend la plupart des procédés les plus modernes; l'évacuation des matières usées et représentée par une installation à deux étages qui indique à la fois les appareils en usage dans la maison et ceux qui sont placés dans le sous-sol et jusque sous la voie publique ; *les dispositions* insalubres y sont montrées à côté de celles qui peuvent être le plus justement considérées comme offrant actuellement les meilleures garanties sanitaires. Notons aussi, au point de vue de l'hygiène de l'alimentation, qu'une intéressante collection installée pour montrer les falsifications du vin est disposée de manière à servir de modèle à d'autres collections permettant, dans un avenir prochain, de placer sous les yeux des visiteurs toutes les falsifications dont on use si largement aujourd'hui à l'égard des matières alimentaires. Enfin, une bibliothèque spéciale est mise à la disposition des élèves, ainsi qu'un grand nombre de cartes et de plans.

Tel qu'il est, ce musée constitue un centre d'enseignement dont l'accroissement ne peut manquer de se faire d'une façon continue. Les faibles ressources mises à la disposition de la Faculté pour son aménagement ont néanmoins permis, grâce à une juste répartition, d'amorcer, pour ainsi dire, les diverses catégories d'objets qu'il doit renfermer et de satisfaire aux besoins les plus urgents de l'enseignement. Déjà un grand nombre d'étudiants le visitent, prenant des notes et des croquis ; même des élèves appartenant à d'autres écoles, de futurs architectes, des ingénieurs, viennent prendre, eux aussi, ces leçons de choses qui donnent à toutes les sciences, et en particu-

lier à l'hygiène, tant d'attrait. Lorsque le laboratoire d'hygiène viendra compléter cet enseignement, et il sera achevé dans quelques jours, la Faculté de médecine de Paris pourra offrir, à ceux qui désirent s'adonner à l'hygiène, des moyens d'étude qui faciliteront leur désir d'acquérir à la fois des notions précises sur les diverses solutions des problèmes sanitaires et de se livrer à des recherches personnelles dans ce sens. Il n'est pas douteux que cette création n'ait bientôt d'heureuses conséquences (1). (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 18 au 23 juin 1888.

Lundi 18. — Dissection : MM. Marc Sée, Delens, Reynier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2ᵉ examen, doctorat (2ᵉ partie) : MM. Ch. Richet, Ollivier, Rémy. — 4ᵉ examen, doctorat (1ʳᵉ série) : MM. Potain, Hayem, Raymond. — 4ᵉ examen, doctorat (2ᵉ série) : MM. Damaschino, Landouzy, A. Robin. — 5ᵉ examen, doctorat (1ʳᵉ partie), Hôtel Dieu (1ʳᵉ série) : MM. Richet, Charpentier, Brun. — 5ᵉ examen, doctorat (1ʳᵉ partie), Hôtel-Dieu (2ᵉ série) : MM. Budin, Kirmisson, Reclus. — 5ᵉ examen, doctorat (2ᵉ partie), Hôtel-Dieu : MM. Fournier, Brissaud, Déjerine.

Mardi 19. — 3ᵉ examen, doctorat, oral (1ʳᵉ partie) : MM. Duplay, Bouilly, Brun. — 4ᵉ examen, doctorat (1ʳᵉ série) : MM. Laboulbène, Hanot, Quinquaud. — 4ᵉ examen, doctorat (2ᵉ série) : MM. Peter, Campenon, Hutinel. — 4ᵉ examen, doctorat (3ᵉ série) : MM. Bouchard, Fernet, Joffroy. — 4ᵉ examen, doctorat (4ᵉ série) : MM. Proust, Dieulafoy, Troisier. — 5ᵉ examen, doctorat (1ʳᵉ partie), Charité (1ʳᵉ série) : MM. Richet, Charpentier, Schwartz. — 5ᵉ examen, doctorat (1ʳᵉ partie), Charité (2ᵉ série) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier. — 5ᵉ examen, doctorat (2ᵉ partie), Charité : MM. G. Sée, Cornil, Ballet.

Mercredi 20. — 2ᵉ examen, doctorat (2ᵉ partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Reynier. — 5ᵉ examen, doctorat (1ʳᵉ partie), Hôtel-Dieu : MM. Ribemont-Dessaignes, Delens, Kirmisson. — 5ᵉ examen, doctorat (2ᵉ partie), Hôtel-Dieu : MM. Hayem, Straus, Landouzy. — 5ᵉ examen, doctorat (1ʳᵉ partie), Charité : MM. Budin, Marc Sée, Jalaguier. — 5ᵉ examen, doctorat (2ᵉ partie), Charité : MM. Potain, A. Robin, Chauffard.

Jeudi 21. — Dissection : MM. Duplay, Bouilly, Poirier. Epreuve

(1) Ce musée est placé sous la direction de M. le Dʳ A.-J. Martin.

pratique ; cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Cornil, Peyrot, Brun. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Richet, Panas, Charpentier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Dieulafoy, Fernet, Hanot. — 4e examen, doctorat (1re série) : MM. Jaccoud, Proust, Joffroy. — 4e examen, doctorat (2e série) ; MM. G. Sée, Ball, Quinquaud.

Vendredi 22. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Reynier, Déjerine. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM Fournier, Landouzy, A. Robin. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Legroux, Chauffard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Pinard, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Budin, Reclus. Rémy. — 2e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Straus, Ollivier, Brissaud.

(*A suivre*).

NOUVELLES

Conseil supérieur de l'assistance publique. — Aujourd'hui mercredi, à quatre heures du soir, aura lieu, à l'Institution nationale des Jeunes Aveugles, la séance d'inauguration du conseil supérieur de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Charles Floquet, président du conseil, ministre de l'intérieur.

M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, exposera les affaires soumises à l'examen du conseil.

Le soir, à neuf heures, M. le président du conseil recevra les membres du conseil supérieur de l'Assistance publique et les membres de la commission extra-parlementaire des associations ouvrières.

La Société d'ophthalmologie de Paris s'est définitivement constituée hier soir, dans une seconde réunion préparatoire, tenue à la mairie du IIe arrondissement. Trente-cinq membres se sont fait inscrire. Trente sont membres fondateurs; les cinq autres, auxquels leur qualité d'étranger ne permettait pas d'accorder le titre de fondateur, ont été nommés membres titulaires.

Le bureau de la nouvelle Société est constitué comme il suit : *président*, M. Chevallereau; *vice-président*, M. Chauvel; *secrétaire général*, M. Gorecki; *secrétaires annuels*, MM. Valude et Despagnet ; *bibliothécaire archiviste*, M. Hubert ; *trésorier*, M. Duboys de la Vigerie.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 70. SAMEDI 16 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET, Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Académie de médecine.
MICHEL PETER, Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Académie de médecine.
DAMASCHINO, Professeur de pathologie médicale, Médecin des hôpitaux.
P. BERGER, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT, Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE, Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION : A. CHEVALLEREAU, Ancien interne des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 12, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome 1. N° 70 Samedi 16 Juin 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Le sulfonal

Kast et Baumann, en étudiant la transformation dans l'organisme animal des combinaisons organiques soufrées, ont remarqué un groupe de corps qui se distinguent par leur stabilité et la variété de leurs radicaux alcooliques : ce sont les disulfones. Ils ont d'abord expérimenté avec un produit d'oxydation de la combinaison de l'éthylmercaptan et de l'acétose ayant pour formule $(CH^3)^2 = C = (SO^2C^2H^5)^2$. Baumann a nommé le corps qu'il a obtenu diéthylsulfondiméthylméthane, mais la fabrique de couleur Fr. Bayer et *Cie* de Eberfeld livre le produit au commerce sous la dénomination plus pratique de sulfonal.

Ce corps cristallise en tablettes qui sont incolores et complètement inodores et insipides. Elles fondent entre 125 et 127° centigr. et se dissolvent dans dix-huit à vingt parties d'eau bouillante ; mais, à la température ordinaire, il faut plus de cent parties d'eau pour les dissoudre. Les cristaux se dissolvent facilement dans l'alcool et l'éther alcoolisé. Ce produit n'est pas attaqué par les acides ni alcalis, ni par les corps oxydant à chaud ou à froid. L'acide sulfurique concentré à chaud, l'acide azotique fumant et l'eau régale l'attaquent à peine. Le chlore et le brome, même à chaud, n'exercent aucune action.

C'est cette préparation que le professeur Kast (de Fribourg) a d'abord expérimentée sur des chiens. Un de ces animaux, pesant 10 kilogrammes, prit avec de la viande 2 grammes de cette substance. Une demi-heure environ après cette dose, l'animal, laissé en liberté, fut atteint de désordres du mouvement qui commencèrent par les extrémités postérieures et qui présentaient une forme ataxique. Peu après, les membres antérieurs furent atteints de troubles dans la coordination du mouvement et l'animal se coucha en perdant l'équilibre. Après quelques tentatives infructueuses pour marcher, dans lesquelles il se heurta contre les objets environnants, il finit par s

coucher tout à fait et s'accroupit pour tomber dans un sommeil tranquille de plus en plus profond. Au bout d'un certain temps, l'animal se réveilla, montra d'abord de l'incertitude dans ses mouvements, puis reprit son état normal, sans manifester aucune suite de l'expérience dont il avait été l'objet.

Des recherches faites sur d'autres chiens vigoureux ont montré que le sommeil ne se produit pas toujours et que toute l'action peut se borner aux troubles locomoteurs. Les phénomènes provoqués donnaient à croire que la substance expérimentée portait son action surtout sur l'écorce grise du cerveau, car ils rappelaient, au moins à leur début, la démarche des animaux auxquels on a enlevé les régions motrices de l'écorce ou celle des sujets au dernier degré de l'ivresse, d'autant plus qu'ils avaient de la peine à maintenir les paupières ouvertes.

Après s'être assuré par des expériences répétées que le sulfonal à certaines doses ne provoque aucun phénomène fâcheux, Kast s'est décidé à l'essayer sur l'homme, surtout dans le cas d'insomnie.

Le résultat a été très variable, selon qu'il s'agissait d'individus sains ou malades.

A la dose de 3 ou 4 grammes, le sulfonal ne provoque chez les sujets normaux aucune action désagréable ou fâcheuse. On observe seulement de la somnolence, une sensation de fatigue associée à une diminution de la sensibilité générale. Mais ces phénomènes disparaissaient quelques heures après sans provoquer de sommeil.

Chez un certain de nombre de sujets sains, ces phénomènes sont poussés jusqu'au sommeil profond de plusieurs heures de durée, ainsi que l'auteur l'a observé sur des individus en traitement pour des affections chirurgicales. Mais Kast croit devoir conclure de ses recherches que, chez les individus sains, le sulfonal ne peut produire le sommeil s'il n'y a pas déjà une tendance à cet état, mais qu'il peut augmenter et entretenir le sommeil spontané par l'action calmante qu'il exerce.

Dans les cas pathologiques, Kast, A. Cramer, G. Rabbas ont expérimenté cette substance dans l'insomnie chez les personnes nerveuses, chez les personnes dont l'excitabilité était due à une affection cérébrale, chez les vieillards et dans l'insomnie due aux maladies aiguës, dans certaines affections cardiaques, enfin dans la démence sénile et le délire.

Dans tous les cas, sauf chez un paraplégique, le remède eut pour effet de produire un sommeil calme et profond de cinq à huit heures de durée, bienfaisant d'après l'opinion unanime des malades et ne provoquant pas de phénomènes accessoires désagréables.

Aucune modification du pouls et de la respiration à signaler, si ce

n'est un ralentissement léger propre au sommeil naturel. Quelques malades cependant accusèrent le jour suivant un peu de lassitude et de besoin de repos. Pas de troubles de digestion à noter, même dans les cas les plus accusés de catarrhe stomacal. Les expérimentateurs n'ont pas remarqué chez l'homme les troubles moteurs observés chez les animaux. Enfin la dose employée variait de 1 à 3 grammes ; elle était en moyenne de 2 grammes, mais, malgré l'emploi du médicament pendant plusieurs semaines, on n'a pas noté jusqu'à présent le phénomène de l'accoutumance.

En raison des applications que peut avoir le sulfonal dans la thérapeutique, il fallait d'abord s'assurer de son action sur le système vasculaire. Kries a établi que, chez les chiens, les hautes doses n'abaissent pas la pression sanguine, mais qu'elles peuvent l'élever; cependant les doses qui ne provoquent pas de phénomènes d'intoxication n'exercent aucune action sur la pression sanguine.

Les quelques expériences faites par Kast et par Kries sur le pouls de l'homme pendant le sommeil provoqué par le sulfonal ne permettent pas de croire que cette substance agit d'une façon défavorable sur le cœur ; son emploi ne paraît donc pas contre-indiqué dans les maladies de cet organe.

L'examen spectroscopique et microscopique du sang ne montre rien d'anormal, même chez les animaux gravement intoxiqués. On n'observe pas non plus de lésions de la muqueuse digestive. Tout porte donc à admettre qu'on possède dans le sulfonal un remède inoffensif dans certains cas déterminés d'insomnie.

La plupart des narcotiques connus, le chloral et l'opium, agissent surtout sur les centres nerveux vasculaires et produisent un abaissement considérable de la pression sanguine, ou bien les sédatifs, comme les bromures, sont insuffisants. Il n'est donc pas sans intérêt de posséder au soporifique dépourvu d'action sur le cœur et sur le système vasculaire. L'hydrate d'amylène et la paraldéhyde sont relativement inoffensifs pour le système circulatoire et offrent encore l'avantage sur le chloral de ne pas produire de phénomènes accessoires.

Ce sont les indications qui doivent guider dans l'emploi des narcotiques ; or le sulfonal paraît surtout devoir être indiqué toutes les fois qu'il s'agit de soutenir ou de provoquer le sommeil normal, et c'est là une indication qui se présente souvent dans la pratique ; bien souvent, les médicaments employés dans ces cas exercent une action directement nuisible sur le système nerveux, le cœur ou les organes digestifs.

Kast a expérimenté d'autres produits congénères du sulfonal parmi les disulfones. Mais tous ont l'inconvénient de provoquer des

troubles plus ou moins sérieux du côté du cœur et du système nerveux, des palpitations, de la dyspnée, de l'urticaire, des démangeaisons. Un seul, l'éthylsulfone est complètement inactif à la dose de plusieurs grammes. Nous n'insisterons pas sur leurs propriétés, qui ne peuvent être utilisées en thérapeutique et qu'on ne peut comparer au sulfonal.

Ce dernier se prend sous forme de cachets préparés, ou bien on délaye sa poudre dans l'eau. L'absence de saveur dispense de l'emploi des correctifs et peut en rendre l'administration facile chez les enfants.

On ne sait qu'incomplètement ce que devient cette substance dans l'organisme; la plus grande partie est éliminée par l'urine sous la forme d'une autre combinaison organique soufrée. Enfin, on ne connaît pas de réaction caractéristique pour ce sulfonal.

L. JUMON.

OPHTHALMOLOGIE

Recherches sur les troubles oculaires dans le tabes dorsal.

Par M. ÉMILE BERGER (1).

Les recherches que j'ai faites depuis quelques années, en Autriche, sur les troubles oculaires causés par le tabes dorsal, et que j'ai terminées à Paris m'ont conduit à des résultats nouveaux.

Mes recherches ont été faites sur 109 malades, parmi lesquels 47 p. 100 étaient syphilitiques. 26 de ces malades étaient dans la période pré-ataxique, 50 dans la période ataxique et 33 dans la période paralytique.

Parmi les symptômes jusqu'ici non décrits, c'est la *diminution de la tension intra-oculaire* qui m'a frappé surtout et qui allait des degrés les plus variés jusqu'à une faible résistance du globe oculaire. Dans deux cas seulement, j'ai pu constater une hypertonie, mais elle s'était déjà développée avant le commencement du tabes.

Parmi les faits d'hypotonie considérable, ce phénomène s'est présenté d'un *seul côté* dans 2 des cas de la période pré-ataxique, dans 11 des cas de la période ataxique et dans 11 aussi des cas de la période paralytique. Le phénomène s'est présenté des deux côtés dans 4 cas dans la période pré-ataxique et également dans les périodes ataxiques et paralytiques. Par conséquent, l'*hypotonie s'est montrée le plus souvent dans la période paralytique et a été plus rare dans la première période* (*la pré-ataxique*).

---

(1) Note présentée par M. Brown-Séquard à l'Académie des sciences.

Un autre symptôme jusqu'ici peu observé est une paralysie des fibres musculaires lisses des paupières, qui sont animées par le grand sympathique; elle a comme conséquence un *léger rétrécissement de l'ouverture palpébrale*. M. Jacobson est le seul qui en ait fait mention comme d'un symptôme accidentel qui accompagne la myosis des tabétiques. J'ai trouvé ce rétrécissement de l'ouverture palpébrale dans 42 cas (en ne comptant pas les cas de paralysie de la troisième paire de nerfs) : dans 17 de ces cas, d'un seul côté (3 dans la période pré-ataxique, 6 dans l'ataxique, 8 dans la paralytique). Dans 25 de ces cas, elle était des deux côtés (3 fois dans la première période, 9 dans la deuxième et 13 dans la troisième).

La *myosis* coexistait avec la diminution de l'ouverture palpébrale : chez les sujets atteints d'un seul côté, 6 fois; chez les sujets atteints des deux côtés, 11 fois.

Quant à la *fréquence* de cette légère chute de la paupière, elle *s'augmente progressivement du commencement jusqu'à la période paralytique.*

Un autre symptôme, jusqu'ici inconnu, est la *déformation de la pupille* des tabétiques, qui, fréquemment, cesse d'être circulaire. Souvent elle est *elliptique*; son grand diamètre était dirigé de dehors en dedans et de bas en haut, symétriquement des deux côtés (14 fois); plus rarement, le grand diamètre était transversal (11 fois) ou suivant d'autres directions. En tout, j'ai trouvé 32 cas dans la période pré-ataxique, 20 dans l'ataxique, 5 dans la paralytique, dans lesquels la forme de la pupille différait considérablement de la forme circulaire; presque tous étaient combinés à la myosis.

Ce phénomène s'oppose très fortement à l'opinion que la myosis des tabétiques dépend d'une contraction spasmodique du muscle sphincter de l'iris. Elle me paraît due à une paralysie des vaisseaux de l'iris, paralysie inégale dans les divers méridiens; mais la myosis coexistant très souvent avec une paralysie du muscle de l'accommodation, il était incompréhensible, à cause du voisinage d'origine des fibres nerveuses des deux muscles intra-oculaires et de leur trajet commun, que l'un d'eux fût pendant des années dans un état actif alors que l'autre était paralysé.

La coexistence de la myosis, de la diminution de la tension intra-oculaire et du rétrécissement léger de l'ouverture palpébrale rappelle les symptômes analogues qui apparaissent après la section du grand sympathique. Elle démontre que ce nerf joue un rôle dans l'apparition de certains symptômes oculaires dans le tabes. Il faut mentionner que les élèves de M. Vulpian ont déjà trouvé des altérations anatomo-pathologiques dans le grand sympathique des tabétiques.

Mais la possibilité que chacun de ces symptômes se présente seul

est une preuve que *le grand sympathique n'est pas la cause, mais la voie de transmission d'irritations venant de la moelle épinière à l'œil* ».

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

DE L'ACTION DE L'HAMAMELIS VIRGINICA (*Shoemaker. Bristish medical Jour.* 1376. 87). — L'auteur a pu constater l'efficacité de ce médicament contre les hémorrhagies et dans d'autres affections, par exemple dans les diarrhées subaiguës et chroniques indolores. Son action est plus certaine encore si on lui associe de petites doses d'opium et de noix vomique, comme dans la formule suivante, qu'il préconise :

Teinture d'opium...........	XX gouttes
Teinture de noix vomique....	2 grammes
Extrait fluide d'hamamelis...	30 —

Une demi-cuillerée à thé à prendre toutes les trois heures.

L'hamamelis réussit très bien à l'intérieur et à l'extérieur sous forme de frictions (20 0/0) dans le cas d'hémorrhoïdes douloureuses et saignantes ; on doit en même temps employer les laxatifs.

Dans la leucorrhée, l'uréthrite chronique, l'auteur la prescrit avec avantage à la dose de 20 à 30 gouttes par jour et à l'intérieur sous forme d'une solution au vingtième. La même solution peut être employée contre l'hyperhydrose, l'acné, la séborrhée, l'intertrigo, l'eczéma, dans la stomatite mercurielle, le scorbut, le gingivite, la pharyngite granuleuse et même en pansement dans les coupures et les blessures légères.

L. JUMON.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 13 *juin* 1888. — *Présidence de* M. POLAILLON.

AMPUTATION INTERSCAPULO-THORACIQUE, par M. *Van Itterson* (de Leyde). — M. *Berger*. Homme de 45 ans, porteur d'une tumeur volumineuse de l'épaule depuis trois mois. Incision par laquelle sortirent peu à peu des bourgeons sarcomateux.

Peu à peu la tumeur se développe et, évidemment, c'était un ostéosarcome de l'extrémité supérieur de l'humérus.

On fit l'amputation interscapulo-thoracique en suivant les règles tracées par MM. Berger et Farabeuf.

L'opération a eu lieu il y a deux mois. La guérison fut maintenue.

La récidive rapide des ostéosarcomes de l'extrémité supérieure

de l'humérus après la désarticulation de l'épaule serait moins fréquente si on faisait d'emblée la désarticulation interscapulo-humérale.

Le cas de M. Van Itterson le démontre ; c'est du reste une opération facile à faire et bénigne.

Kyste hydatique de la face inférieure du foie. Incision. Drainage, par M. *Rohmer.* — Rapport. — M. *Berger.* Jeune femme dont le ventre était rempli par une tumeur dont le point de départ fut difficilement déterminé.

Le diagnostic ne put être fait qu'après la ponction, qui donna issue à du pus et à des hydatides. Incision sur la ligne blanche. Adhérences très serrées, qui ne peuvent être détachées. On incisa le kyste. Il sortit 4 à 500 hydatides. Drainage. Lavage.

Au bout de deux mois, la malade était à peu près guérie ; il ne restait que le passage des tubes.

Cystotomie sus-pubienne dans le cours de l'hypertrophie de la prostate, par M. *Rohmer*, — Rapport, M. *Berger*, Homme âgé à qui on avait fait en ville des cathétérismes suivis de fausse route. Entre à l'hôpital de Nancy.

On le sonda d'abord et puis le cathétérisme devint impossible.

On fit la taille hypogastrique.

La sonde à demeure qu'on mit tout de suite ne put être supportée. On mit une canule en argent, analogue à celle de la trachéotomie, dans la plaie hypogastrique ; le malade urinait par cette canule.

M. Rohmer rappele que la taille dans ces conditions a été proposée par Sédillot et puis faite par Bœckel, etc.

M. Rohmer préfère l'incision hypogastrique à la ponction préconisée par Thompson.

Je n'ai pas eu occasion de faire cette opération, parce que, jusqu'ici, j'ai pu passer dans les quatre ou cinq cas de cathétérisme difficile après ponction.

Quant à faire des incisions prostatiques par cette voie, je crois qu'il vaut mieux y renoncer.

Pour obtenir une fistulisation facile, on pourrait suturer la vessie aux téguments.

De la suture primo-secondaire des plaies, par M. *Rohmer.* — M. *Berger.* C'est le mode de pansement préconisé par Jobert en 1864 et puis par Kocher en 1882.

Il consiste, après avoir fait l'opération et passé les fils à suture, à faire un tamponnement de la plaie, qu'on laisse ouverte, à assurer ainsi l'hémostase et à faire cette suture le lendemain ou le surlendemain.

A l'époque où Jobert la faisait, elle ne pouvait donner de grands succès ; elle devait néanmoins empêcher la stagnation du pus.

M. Kocher a repris cette méthode et a fait jouer un grand rôle au sous-nitrate de bismuth, qu'il employait en suspension dans un liquide avec lequel il lavait la plaie et la saupoudrait.

M. Rohmer, après avoir passé le fil à suture, met dans la plaie un protective et puis tamponne avec des éponges aseptiques.

Il n'a eu des accidents que dans 6 cas, et encore sont-ils minimes.

Les résultats ne l'emportent pas sur la première intention avec drainage.

Le seul avantage est de supprimer le drainage, qui, suivant quelques chirurgiens, déterminerait la suppuration. Or les tubes à drainage ne provoquent de suppuration que s'ils ne sont pas aseptiques.

La réunion primo-secondaire nécessite un pansement rapproché qui est presque un nouvel acte opératoire, pénible et quelquefois très douloureux par le malade.

Pour certaines plaies très vastes et très anfractueuses où l'hémostase ne peut être parfaite, ce mode de réunion pourrait être recommandé.

M. *Championnière.* Je n'ai pas employé cette méthode de pansement parce qu'après avoir étudié la méthode je n'y ai vu aucun avantage.

Une première objection, c'est qu'on fait deux opérations à un malade.

Dans la suppression du drainage, on poursuit un but chimérique : celui d'obtenir une guérison plus rapide. Or ce qui peut être vrai pour des plaies qui ont un petit champ opératoire ne l'est pas pour les vastes plaies.

Le drainage est une vraie soupape de sûreté.

Les résultats de Kocher ne sont pas si encourageants. C'est lui qui a fait une campagne contre le catgut qui lui donnait des accidents suppuratifs ; cela tient à ce qu'il employait du catgut septique.

Depuis l'adoption par moi de l'ouate de tourbe, je suis arrivé à faire des pansements extrêmement rares.

Les opérations que j'ai faites sans drainage ne m'ont pas donné de plus beaux résultats qu'avec le drainage ; j'ai même eu des ennuis.

M. *Le Dentu.* Je suis d'accord avec MM. Berger et Championnière. Je n'ai pas voulu employer ce mode de pansement.

Quant au drainage, j'y suis resté fidèle : j'ai été peu séduit par les tentatives de drainage faites en France et à l'étranger. J'en ai fait avec des os décalcifiés qui m'ont donné de bons résultats, mais je ne préconise pas néanmoins ce moyen, qui n'est pas meilleur.

M. *Richelot*. J'ai essayé la suture primo-secondaire. Je l'ai faite dans une amputation de l'avant-bras.

Le lendemain, j'ai trouvé un caillot entre les lèvres de la plaie. Or le pansement a été notablement douloureux et, à cause du caillot, les lèvres de la plaie ne se sont pas réunies.

Le drainage ne prolonge pas la durée de la cicatrisation définitive.

M. *Schwartz*. Il y a une grave raison pour s'opposer à ce mode opératoire : on multiplie par deux les chances d'infection. Le drainage ne prolonge pas la durée de l'opération.

Dans une opération d'ostéotomie que j'ai faite, je n'ai fait le pansement qu'au quarantième jour; le drain n'avait pas amené de suppuration, et, après avoir enlevé le drain, la guérison a été très rapide.

M. *Quenu*. A propos de la suppression du drainage, je dirai qu'après une opération où je n'avais pas fait de drainage, et alors que la plaie n'avait pu être infectée, au huitième ou onzième jour, il se produisit une espèce d'exsudation séro-sanguinolente sans traces de pus, qui souleva la cicatrice et la rompit.

Dans certains cas spéciaux, il peut y avoir intérêt à ne pas réunir.

On m'a amené dernièrement un malade qui avait les sinus frontaux enfoncés; je ne pus faire d'hémostase; je fis la compression avec l'ouate iodoformée : je ne réussis pas. On amena le lendemain le malade à Beaujon et on put faire la suture primo-secondaire.

M. *Pozzi*. Le tamponnement offre des avantages dans les cas de plaies anfractueuses.

Il est employé par Bergmann depuis cinq ans, avec cette différence que Bergmann ne place les fils de suture que le lendemain.

M. *Le Dentu*. Il ne faudrait pas laisser établir une confusion entre les plaies dont toutes les parties profondes et superficielles peuvent être réunies et celles où les parties profondes ne peuvent être réunies.

Il ne faudrait pas confondre les cas de plaie simple avec les plaies osseuses anfractueuses comme celle dont parle M. Quenu.

On peut employer, dans ces cas-là, une méthode mixte. On peut faire une suture superficielle partielle et laisser un large orifice par lequel on peut laisser l'extrémité des tampons qui servent à faire la compression dans les parties profondes.

M. *Championnière*. Il ne faut pas confondre des opérations de nécessité, comme celle dont a parlé M. Quenu, avec un pansement systématique, comme celui dont a parlé M. Rohmer.

M. *Berger*. Les résultats de M. Rohmer n'ont pas été aussi mauvais qu'on l'a cru. Au demeurant, je partage l'avis des orateurs qui ont parlé. Ils ont défendu mes opinions.

M. *Terrier* présente, en son nom et au nom de M. Schwartz, une

canule à trachéotomie qui diffère de l'autre en ce que le pavillon est moins haut et en ce que la canule intérieure est rattachée à l'extérieure par une virole latérale au lieu d'être médiane.

M. *Le Dentu* présente une tumeur de la région sus-hyoïdienne qui avait son point d'implantation sur l'os hyoïde et sur le tissu fibreux qui entoure l'os hyoïde : il l'a enlevée chez une femme de 71 ans; la peau était saine, la langue était repoussée et saine ; un ganglion près de la carotide.

Je n'ai jamais rien vu de semblable à cette tumeur ; je n'ai jamais vu l'intégrité de la bouche et de la langue dans toute son étendue, comme dans le cas actuel.

J'avais pensé à un cancer de la glande sous-maxillaire gauche, mais je n'en avais pas trouvé qui dépassent la ligne médiane comme chez ma malade.

La tumeur était décorticable. J'ai rasé l'épiglotte, la muqueuse buccale a été ouverte ; je n'ai pas trouvé d'os hyoïde : il n'en reste qu'une petite portion incluse dans la tumeur. Il y a aussi du tissu osseux dans la partie postérieure de la tumeur. La tumeur était constituée par trois lobes, dont deux latéraux kystiques.

P. Bazy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Samedi 23. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Richet, Campenon, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Bouilly, Charpentier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Legroux, Ballet. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Peter, Quinquaud, Hutinel. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Ball, Dieulafoy, Troisier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (3e série) : MM. Jaccoud, Fernet, Hanot.

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 20, à 1 heure. — M. Hameau : Traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé. *Président* : M. Verneuil. — M. Colin : De la nature infectieuse du tétanos (Étude historique). *Président* : M. Verneuil. — M. Demoulin : Ostéomyélite chronique d'emblée. *Président* : M. Trélat.

Jeudi 21, à 1 heure. — M. Bertrand : Contribution à l'étude de l'entorse : de son traitement par le massage. *Président* : M. Brouardel. — M. Laurent : Les gynécomastes. *Président* : M. Brouardel. — M. Doat : Des difficultés de l'allaitement. *Président* : M. Laboulbène. — M. Nivière : Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré. *Président* : M. Bouchard.

Vendredi 22, à 1 heure. — M. ROSENTHAL : Du traitement des fractures de la clavicule. Bretelles des épaules préconisées par M. le professeur Lannelongue. *Président* : M. Lannelongue. — M. DÉMÉTRIADE : Traitement des plaies par armes à feu de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. *Président* : M. Lannelongue.

Samedi 23, à 1 heure. — M. MARGUET : Kystes hydatiques des muscles volontaires. *Président* : M. Laboulbène. — M. CHUQUET : Étude sur le cathétérisme rétrograde. *Président* : M. Duplay.

NÉCROLOGIE

M. MUSCULUS, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, ancien pharmacien militaire. Né en 1829 à Soultz-sous-Forêts (Bas-Rhin), entré en 1855 au Val-de-Grâce en qualité de pharmacien stagiaire. M. Musculus avait été nommé pharmacien-major en 1865 et chevalier de la Légion d'honneur en 1871.

Le Dr TAURIN (H.-T.), de Louviers (Eure), reçu en 1874.

M. COUTURIER, officier de santé à Mérinchal (Creuse).

NOUVELLES

HOPITAUX DE LYON. — Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Antiquaille vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Rochet.

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU HAUT-RHIN. — Nous insérons avec empressement les lignes suivantes, que nous envoie M. le Dr Marquez, président de la Société locale du Haut-Rhin et membre du Conseil général de l'Association :

Dans les premiers jours du mois de mai de cette année, plusieurs journaux ont annoncé, d'après la *Landeszeitung*, journal officiel allemand, mais sans donner le texte de l'arrêté, que l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin venait de subir le sort des Sociétés de médecine de Strasbourg et de Colmar, et d'être dissoute par l'autorité allemande.

L'arrêté du président de la Haute-Alsace, daté du 24 avril 1888, porte que, « pour avoir, sans autorisation émanant de lui, transféré à l'étranger son siège qui, conformément aux statuts, était à Mulhouse, *ladite Association est dissoute pour le département de la Haute-Alsace* ».

Président de l'Association dont il s'agit depuis 1869, j'ai le devoir de déclarer qu'il eût été plus juste de dire que l'administration allemande nous retirait la faculté de fonctionner sur le territoire devenu une possession de l'Allemagne.

En fait, l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin est une Société française, une section de l'Association

générale des médecins de France. Sans doute, elle a été fondée à Mulhouse en 1861; mais, après le traité de Francfort, elle a décidé, le 26 octobre 1873, de transférer son siège à Belfort, la principale ville du Haut-Rhin demeurée française. Un arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1873, a sanctionné cette résolution et autorisé la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin à se reconstituer à Belfort.

Depuis cette époque, notre Société a fonctionné, avec sa régularité d'autrefois, des deux côtés de la frontière nouvelle, trouvant plus de bien à faire de l'autre côté que de celui-ci. L'administration allemande a semblé juger notre situation comme l'avait fait M. Jules Simon en 1871, et admettre que « notre Œuvre, toute de bienfaisance, est de celles qu'aucun traité ne peut prescrire, qu'aucune frontière ne peut limiter, et qui s'imposent à toutes les sympathies, à tous les respects ». Elle nous a respecté dans notre Œuvre; elle nous a laissé la liberté de remplir sans ostentation, vis-à-vis de nos co-associés, les devoirs que nous dictaient les lois de la mutualité et de la réciprocité.

Aujourd'hui, cette administration revient sur son premier mouvement. Elle interdit à nos confrères d'Alsace de demeurer membres actifs de l'Œuvre que nous avons fondée il y a vingt-cinq ans. Mais, en nous mutilant, l'arrêté de dissolution ne saurait nous atteindre assez pour enrayer notre Œuvre. Nous sommes, je le répète, une Société légalement réorganisée sur terre de France et nous espérons bien demeurer debout et grandir sur ce petit territoire de Belfort, sous l'égide de l'Association générale. (*Union médicale.*)

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 3 *au* 9 *juin* 1888. — Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 8. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 34. — Phthisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62.

Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 62. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 46.

Bronchite aiguë et chronique, 42. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 66.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 75.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 6.

Débilité congénitale, 19. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 35. — Autres causes de mort, 175. — Causes inconnues, 10.

Nombre absolu de la semaine : 962. — Résultat de la semaine précédente : 955.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

...-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 74. MARDI 19 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
...HAYE et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

...sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
...ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome I. N° 71 Mardi 19 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 18 *juin* 1888.

Le conseil supérieur de l'assistance publique.

Le Conseil supérieur de l'assistance publique, institué par arrêté en date du 14 avril dernier, s'est réuni pour la première fois mercredi dernier, 13 juin, sous la présidence de M. Ch. Floquet, président du conseil des ministres et ministre de l'intérieur.

Dans l'éloquent discours qu'il a prononcé à cette occasion, M. Floquet a montré que l'organisation de l'assistance publique était l'une des plus importantes parmi les réformes dont la nécessité s'impose. Dès les premiers jours de sa réunion, la Constituante de 1789 déclarait que l'organisation de l'assistance publique était un de ses premiers devoirs, l'un des premiers articles de son mandat national. « Elle nommait aussitôt le grand comité chargé d'une étude d'ensemble sur l'extinction de la mendicité et sur les secours publics. Son président, La Rochefoucault-Liancourt, qui était de cette pléiade d'aristocrates disposés à la réforme sociale, portait en séance publique l'exposé des principes du comité. On y lisait ces maximes qu'aujourd'hui encore il est bon de mettre en lumière : « Jusqu'ici l'assistance n'a été regardée que comme un bienfait ; elle est un devoir, mais ce devoir ne peut être rempli que lorsque les secours accordés par la société sont dirigés vers l'utilité générale. Si celui qui existe a le droit de dire à la société : Faites-moi vivre, la société a également le droit de lui dire : Donne-moi ton travail.

C'est la doctrine même qui passa dans la déclaration des droits de l'homme : « Les secours publics sont une dette sacrée. »

Les travaux de ce grand comité qui résument sur la question de l'assistance les vues de la Révolution française, — travaux qui ont été réunis par un des membres de cette assemblée, M. Béquet, — nous étonnent encore par la hauteur des vues et, on peut le dire, par la perfection des moyens.

Le comité de l'Assemblée nationale proposait de s'occuper succes-

sivement et séparément de l'enfant, de l'homme fait, du vieillard : de l'enfant, pour lui assurer la vie d'abord, l'éducation morale et le travail ensuite ; de l'homme fait pour lui donner le pain quand il est valide, lui rendre la santé quand il est malade, lui garantir l'existence paisible quand il est infirme ; du vieillard pour préserver ses derniers jours du besoin.

Malheureusement les nécessités cruelles de la défense nationale arrêtèrent la réalisation de ces grands projets. Plus tard, les entreprises guerrières de l'Empire, les préoccupations étroites des dynasties en concurrence, détournèrent trop souvent de ces grands objets l'attention des législateurs et des politiques. »

En 1848, une nouvelle tentative fut faite pour donner un élan nouveau au grand principe de la solidarité nationale et pour établir une organisation générale de ce qu'on appelait les secours publics, mais depuis lors aucune loi contenant des solutions d'ensemble, un système complet d'assistance publique, n'a été votée.

Le service des aliénés est départemental il n'est pas obligatoire ; de même pour le service des enfants assistés.

« D'autre part, la création des hôpitaux, des hospices, des bureaux de bienfaisance est laissée à la libre initiative des communes. 12,250 communes ont des bureaux de bienfaisance, mais un nombre plus grand n'en est pas pourvu ; 19,111 communes n'ont pas de bureaux de bienfaisance. L'organisation du service de l'assistance médicale pour les indigents est de même abandonnée au bon vouloir des départements. Si 44 départements ont organisé ce service, — et encore d'une façon partielle, — 42 départements sont jusqu'à présent restés inactifs.

Sur certains points, sans doute, la bienfaisance privée vient combler les lacunes des services publics ; mais ailleurs les malheureux restent sans secours.

Il est temps de coordonner tous les efforts généreux : il est urgent de ne pas livrer plus longtemps au hasard des bonnes volontés l'accomplissement du devoir social.

C'est pour cette réforme progressive de l'organisation des secours publics que le concours du conseil supérieur de l'assistance a été réclamé par le gouvernement de la République.

Nous pensons qu'il faut maintenir le principe que l'assistance doit être tout d'abord communale. Mais si, par suite d'une absence prolongée hors de sa commune, l'indigent y a, en réalité, perdu le domicile de secours, il faut qu'il puisse faire appel à l'assistance du département, s'il a gardé un domicile départemental ; ou bien, s'il n'a pas de domicile départemental, à l'assistance de l'Etat. »

M. Floquet termine ainsi :

« Il n'est pas de plus haute ni de plus belle mission. Vous donnez aux pauvres ce que vous avez de plus précieux, votre temps, votre science, votre dévouement, votre expérience. Vous méritez de prendre la suite des espérances du grand comité de 1789; plus heureux que vos devanciers, vous réussirez. Le Gouvernement vous prêtera le plus énergique appui, et nous voulons espérer que les ambitions belliqueuses consentiront à laisser le champ libre aux nobles expériences de l'esprit de fraternité. L'amour est plus fort que la haine, disait-on jadis. Tâchons de faire de cette parole de poète un acte de législateur. Cherchons ensemble à réaliser une de ces lois qui honorent l'humanité en la soulageant, et faisons que, dans le grand concours international que nous préparons, la France puisse montrer au monde, au-dessus de l'orgueil de ses richesses, de ses arts, de son industrie, de son commerce, de son agriculture, la puissance rayonnante de sa bonté. »

M. Ch. Henri Monod, directeur de l'Assistance publique en France, qui a pris ensuite la parole, a fait un exposé très clair et très nourri des questions sur lesquelles le conseil supérieur devait être dès maintenant admis à délibérer : service de la protection de l'enfance, inspection totale et effective de l'assistance publique dans les départements, unification des commissions administratives des hôpitaux et des services de bienfaisance, assistance médicale dans les campagnes, salubrité des constructions hospitalières, généralisation de la pratique de l'antisepsie et de la désinfection dans tous les services de médecine, de chirurgie et d'accouchements.

Après ces deux discours le Conseil supérieur de l'assistance publique a procédé à l'élection de son bureau, M. le Dr Th. Roussel a été élu vice-président et M. le Dr A.-J. Martin, secrétaire.

Pour faciliter ses travaux, le Conseil s'est subdivisé en quatre sections : 1° section des services de l'enfance; président, M. Jules Simon ; secrétaire, M. Gerville-Réache ; secrétaire-adjoint, M. Faucon ; — 2° section des secours aux indigents valides ou malades, hôpitaux et secours à domicile : président, M. le Dr Rochard ; vice-président, M. le professeur U. Trélat; secrétaire, M. Dreyfus-Brisac, secrétaire-adjoint, M. le Dr Chevallereau ; — 3° section des secours aux indigents âgés ou incurables, hospices, établissements généraux de bienfaisance : président, M. Tolain ; secrétaire, M. le Dr Chautemps ; secrétaire-adjoint, M. Teissier du Cros ; — 4° section des aliénés, des monts-de-piété et des dépôts de mendicité : président, M. H. Maze ; secrétaire, M. P. Strauss ; secrétaire-adjoint, M. le Dr Pichon.

Nous aurons prochainement à revenir sur les travaux du conseil et particulièrement sur ceux de sa deuxième section.

A. Chevallereau.

Aiguilles implantées dans le tendon fléchisseur de l'index et dans l'éminence hypothénar.

Par M. A. Moulonguet.
Interne des hôpitaux (1).

J'ai l'honneur de communiquer à la Société clinique deux petits faits qui ne touchent pas aux grandes questions de pathologie chirurgicale, mais dont la connaissance, je crois, pourra être utile quelquefois.

Le 23 avril, j'étais de garde à l'hôpital, lorsque vint une jeune fille de 19 ans me racontant qu'elle s'était enfoncé une aiguille à coudre dans l'avant-bras. L'aiguille s'était cassée. L'accident datait de cinq jours et depuis ce moment la malade souffrait.

Cette jeune fille avait de l'embonpoint ; en outre son avant-bras et sa main étaient légèrement tuméfiés, les doigts étaient demi-fléchis. Je palpai avec un soin minutieux cet avant-bras sans qu'il me fût possible de reconnaître la présence d'un corps étranger. Au niveau des muscles et des tendons fléchisseurs, la pression était très douloureuse, il me fut impossible de lui assigner son maximum en un point précis. A 1 centimètre au-dessus du poignet, on voyait une petite éraillure déjà cicatrisée. C'était là, me dit la malade, qu'avait pénétré l'aiguille. La pression à ce niveau n'était pas plus douloureuse qu'ailleurs.

J'étais très embarrassé ; vous pensez bien que je ne pouvais pas me mettre à disséquer cet avant-bras à la recherche d'une aiguille dont l'existence après tout n'était que problématique puisque je ne la sentais pas. Les phénomènes inflammatoires légers que présentait la région pouvaient tenir à la simple piqûre, et n'impliquaient pas la présence permanente du corps étranger. La demi-flexion des doigts pouvait avoir la même cause.

J'allais renvoyer la malade avec quelques paroles de consolation comme base de traitement à suivre lorsque j'essayai à nouveau de redresser les doigts. Cette manœuvre était facile pour le pouce et le petit doigt ; mais elle devenait très douloureuse lorsqu'elle s'adressait aux trois doigts médians.

En redressant l'index je vis se former à un centimètre au-dessus de la petite éraillure, porte d'entrée de l'aiguille, une saillie dure, très douloureuse à la pression. En relâchant l'index, la saillie disparut ; en le redressant de nouveau elle se reforma. Il n'y avait plus de doute ; l'aiguille était implantée dans le tendon de l'index, et la tête venait faire saillie sous la peau lorsqu'on faisait tendre ce tendon.

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

Je fis une petite incision cruciale, je tombai sur l'aiguille et je l'enlevai avec une pince ; elle avait deux centimètres de long. Tout rentra dans l'ordre et six jours après la malade ne souffrait plus et se servait de sa main et de ses doigts.

Le hasard cette fois m'avait bien servi ; quinze jours après, cette observation me fut très utile. Le 8 mai je vis une blanchisseuse de 32 ans qui, depuis trois jours, avait un morceau d'aiguille perdu dans l'éminence hypothénar droite. Pas de trace de piqûre. Les mouvements du petit doigt sont gênés. La pression est très douloureuse, et en un point la palpation donne une très vague sensation de corps étranger. Certes j'aurais hésité à faire là une incision si je n'eusse eu recours à la petite manœuvre suivante. Je tendis fortement le petit doigt, je lui imprimai un mouvement de rotation en dedans ; la tête de l'aiguille vint faire nettement saillie sous le pannicule cellulo-adipeux ; j'incisai et je la retirai. Elle était longue de 1 centimètre et demi. Tout naturellement, et comme la première, cette seconde malade fut bientôt guérie.

J'ai communiqué ces deux observations parce que tout le monde sait les difficultés qu'on éprouve souvent à retrouver des corps étrangers, et notamment des aiguilles, perdus dans les tissus.

Lorsqu'il s'agit de régions traversées par des muscles ou des tendons, il sera utile de mettre en jeu leur contractilité ou leur élasticité. On pourra de la sorte arriver au diagnostic certain de la présence du corps étranger et préciser son siège. En le faisant saillir sous la peau on facilitera singulièrement sa recherche et son extraction.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Les maladies hémorrhagiques dans la grossesse et l'état puerpéral MM. *Wiener, Arch. f. Gynæk. Deutsche med. Zeit.*, 36, 1888). Une femme bien portante jusque-là, âgée de 24 ans, accouche prématurément à 7 mois de sa première grossesse sous l'influence de violentes douleurs de reins qui cessèrent après l'accouchement. Une rougeur ressemblant à celle d'une scarlatine et les taches qui l'accompagnaient rappelaient celles que produisent les piqûres de puces. Le soir, l'urine fut sanglante et la température s'éleva à 38°4. Le jour suivant la malade eut de violents maux de tête et l'éruption s'étendit sur tout le tronc, accompagnée de nombreuses diffusions sanguines, lenticulaires, d'un rouge clair. On nota aussi des hémorrhagies de la conjonctive, une expectoration sanguinolente, l'urine était riche

en sang. Abdomen gonflé mais nulle part sensible à la pression. Rien de particulier du côté des organes génitaux. Lochies sanguinolentes inodores. T. 38.2. P. 88. La malade meurt à 11 heures du soir, après avoir eu plusieurs selles sanglantes.

L'enfant, qui mourut bientôt après l'accouchement, n'avait aucune ecchymose.

Quatorze jours auparavant la sœur de cette femme était morte au milieu des mêmes accidents après un avortement au sixième mois de la grossesse. Les douleurs de tête et des reins avaient également signalé le début de la maladie. Le même exanthème étendu, les mêmes hémorrhagies avaient été notées. La température cependant s'était élevée à 40,02, le pouls à 104, mais tout soupçon de septicémie devait être écarté dans les deux cas.

La première malade avait vu sa sœur pendant sa maladie, s'était certainement infectée et était à son tour tombée malade après une incubation de quatorze jours. Wiener considère ces deux cas comme appartenant au purpura variolosa. Mais l'observation reste incomplète, car l'autopsie ne put être faite.

Recherches sur les altérations du sang dans la grossesse. *Dr Paul J. Meyer. Arch. f. Gynæk.*, 1887. — L'auteur a puisé les matériaux de son travail à la clinique d'accouchements, à Berne. Son but a été d'étudier les modifications du sang dans la grossesse et pendant toute la période puerpérale. Pour prendre un point de comparaison, l'examen du sang a été fait sur dix sages-femmes non enceintes et bien portantes. Le résultat a été que le sang renfermait 5,9 millimètres de globules rouges pour 1 cc. de sang; en moyenne la richesse en hémoglobine atteignait chez ces femmes 85,4 0/0.

Les recherches faites sur 37 femmes gravides ont donné les résultats suivants :

Dans les derniers mois de la grossesse, la quantité des globules rouges diminue de 0,70 millimètres par centimètre cube, et la richesse en hémoglobine de 7,8 0/0.

Les mêmes femmes ont été examinées peu de temps après l'accouchement; la quantité de globules et d'hémoglobine avait encore diminué. Mais, peu à peu, les chiffres se relèvent pour atteindre leur normale deux semaines après l'accouchement et même la dépasser.

L'auteur voit dans ces résultats une nouvelle preuve en faveur de la chloro-anémie des femmes enceintes admise par Scanzoni.

L. Jumon.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

Séance du 10 *mars* 1888. — Présidence de M. DUFOUR (de Lausanne).

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE. — M. *Costomiris* (d'Athènes) appelle l'attention sur une méthode thérapeutique très ancienne. Elle était recommandée du temps d'Esculape et il en est fait mention dans des récits de guérisons gravés sur les colonnes trouvées à Épidaure. M. Costomiris l'a mise en pratique pour la première fois dans un cas désespéré de leucome adhérent avec hypertonie et cécité complète où toute intervention rationnelle était refusée. Il l'a conseillée ensuite dans les taies de la cornée, dans les kératites panneuses et parenchymateuses, dans les ulcères chroniques, et dans un cas de kératocome, et elle ne lui a pas paru indigne de son ancienne réputation. Ce procédé consiste à lécher la cornée, comme le chien lèche les yeux de ses petits. En Grèce, on emploie à cet usage un des membres de la famille du malade qui, pour se préparer à l'opération, mâche de la rue.

ASEPSIE ET ANTISEPSIE OCULAIRE. — M. *Abadie*. On semble aujourd'hui d'accord sur ce point que l'asepsie est plus importante que l'antisepsie. Il faut surtout enlever les microbes et ne pas en introduire. Pour cela, le meilleur moyen consiste à faire bouillir l'eau qui doit servir pour les lavages et à tremper les instruments dans l'eau bouillante.

Il faut nettoyer avec le plus grand soin les culs-de-sac conjonctivaux, qui sont si souvent un réceptacle de microbes. L'opération terminée, il faut laver avec grand soin les lèvres de la plaie, mais M. Abadie considère comme inutiles et nuisibles les lavages intraoculaires.

Si, malgré toutes les précautions prises, il y a infection de la plaie et menace de suppuration, il faut toucher le foyer purulent avec la pointe effilée du galvano-cautère rougie à blanc ; ces cautérisations, très légères, seront répétées toutes les douze heures.

M. *Vacher* emploie également l'eau bouillie, mais il fait le lavage de la chambre antérieure, non seulement dans l'opération de la cataracte, mais dans toutes celles qui obligent à laver la chambre antérieure. Il revoit ses opérés six ou huit heures après le pansement, et s'il y a menace de suppuration de la plaie cornéenne, il cautérise très légèrement avec un petit pinceau imbibé d'eau oxygénée ou de teinture d'iode. Il s'est aussi très bien trouvé du fer rouge tandis que l'iodol a failli lui donner un insuccès. L'iodoforme a moins d'action que l'eau oxygénée ou la teinture d'iode, et d'autre part il peut s'interposer dans la plaie et gêner la cicatrisation.

M. *Panas*. M. Pasteur a déclaré que l'eau simplement bouillie ne suffisait pas et qu'il fallait la porter à 120° à l'aide d'un autoclave; d'autre part, l'eau bouillie aseptique peut s'infecter lorsqu'on débouche le flacon; enfin, le fait de désinfecter les instruments à l'autoclave les altère de telle sorte qu'on ne peut plus s'en servir.

M. Panas insiste de nouveau sur ce point qu'il faut faire l'antisepsie de la chambre antérieure en pratiquant dès lavages.

M. *Dianoux*, dans l'ulcère infectieux de la cornée et dans la suppuration qui suit l'opération de la cataracte, cautérise carrément dans toute leur épaisseur tous les points infiltrés. Après la cautérisation, il saupoudre d'iodoforme, et applique le bandeau compressif. Ce pansement est renouvelé deux fois par jour, jusqu'à ce que les points cautérisés soient totalement détergés.

M. *Dor* considère l'asepsie comme suffisante pour les instruments et il se borne au lavage à l'alcool absolu. Pour aller plus loin, il faudrait tremper les instruments dans un bain d'huile bouillante, comme le fait le professeur Tripier, mais alors il faudrait remplacer les manches d'ivoire de nos instruments par des manches d'ébène. Quant à l'eau, il faut se servir d'eau bouillie à l'autoclave, le filtre Chamberland laissant passer des microbes.

Du décollement de la rétine. — M. *Gaupillat* (de Troyes) rapporte un fait dans lequel un décollement de la rétine fut trois fois de suite guéri, par les pointes de feu et trois fois se reproduisit intégralement.

Pourquoi le décollement de la rétine guérit-il si difficilement? — M. *de Wecker* cherche la réponse à cette question dans les constatations anatomiques faites sur des yeux atteints de décollement.

Ces recherches ont prouvé que le décollement du corps vitré précède celui de la rétine. Ce décollement du corps vitré peut exister sans grand inconvénient s'il est limité au segment postérieur de l'œil, mais dès qu'il atteint la région équatoriale, une lutte s'engage entre le corps vitré, qui se rétracte, et la rétine normalement plus adhérente dans cette région.

Il existe constamment une adhérence de la rétine avec le corps vitré rétracté ou refoulé en avant; s'il se fait alors une déchirure de la rétine, le liquide qui était accumulé au-devant de cette membrane passe en arrière et la décolle.

C'est l'adhérence pathologique préexistante de la rétine avec le corps vitré qui fait échouer toutes les tentatives opératoires lorsqu'elles se bornent à évacuer le liquide sous-rétinien. Il faudrait donc pouvoir détacher la rétine du corps vitré décollé pour s'opposer à ce que la rétine accompagne le corps vitré dans sa marche progressive en avant.

M. *Boucheron* pense que les origines du décollement doivent être cherchées dans le cercle ciliaire et que les lésions du corps vitré aggravent le décollement sans jouer le principal rôle dans sa production.

M. *Abadie* n'admet pas que ce soit la rétraction fibrillaire du corps vitré qui amène le décollement ; il pense que le décollement tient à un allongement inégal de l'œil des myopes, la rétine ne suivant pas la sclérotique dans sa distension exagérée. Aussi il ponctionne directement le décollement et, pour empêcher le retour de l'œil à l'état de distension, il fait la sclérotomie.

M. *Gorecki* demande que l'on distingue les faux décollements des véritables. De plus, dans le décollement vrai, il faut distinguer deux états successifs, le décollement du corps vitré, puis celui de la rétine. Comme l'a dit justement M. de Wecker, un décollement postérieur limité peut guérir, tandis qu'arrivé à la région équatoriale il ne rétrocède plus.

M. *Meyer*. M. de Wecker dit qu'à l'avenir les tentatives chirurgicales doivent avoir pour objectif la destruction des adhérences entre la rétine et le corps vitré ; d'après lui, l'affection débuterait par le décollement du corps vitré ; or pour que celui-ci se produise il faut que le corps vitré, loin d'être adhérent à la rétine, en soit au contraire détaché.

M. *de Wecker*. Il est établi depuis longtemps que le décollement du corps vitré précède le décollement de la rétine ; ce qui est nouveau et ce que M. Leber et Nordenson ont bien établi, c'est la constance des altérations du corps vitré. Les travaux histologiques ont montré la constance de la déchirure rétinienne quoique celle-ci ne soit pas toujours visible.

De la nature microbienne des granulations. — M. *Petresco*, en outre des nombreux micro-organismes que l'on trouve dans le sac conjonctival de tout le monde, a trouvé un microcoque spécial qu'il a isolé en cultures pures du tissu trachomateux et qu'il a trouvé profondément disséminé dans toute l'épaisseur de la conjonctive.

Au point de vue microbiologique les micro-organismes trouvés dans le tissu trachomateux et dans le tissu folliculaire hypertrophié diffèrent essentiellement ; ces derniers sont plus grands et n'existent que dans le tissu épithélial sans pénétrer plus profondément.

M. *Dor*. On ne pourra admettre que le nouveau microbe trouvé par M. Petresco est le microbe des granulations que lorsque les inoculations de culture pure auront déterminé le développement des granulations. On pourra faire ces expériences sur les chiens, qui sont susceptibles de contracter la conjonctivite granuleuse.

Séance du 10 *mai* (*soir*). — *Présidence de* M. Dor.

Cette séance, qui a eu lieu l'après-midi, à l'Hôtel-Dieu, a été uniquement consacrée à la présentation d'instruments.

La session du Congrès d'ophthalmologie est close.

A. Chevallereau.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par le Dr *Moynac*, 4e édition, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1888.

La nouvelle édition du Manuel de pathologie et de clinique médicales du Dr Moynac n'est nullement une réimpression des éditions précédentes. Déjà, en 1885, l'auteur avait présenté, en un supplément à la 3e édition, un résumé de l'état de la science sur tous les points nouveaux à cette époque. Depuis l'étude de certaines affections, les maladies bactériennes par exemple, a fait de grands progrès qui rendaient nécessaire un remaniement complet de l'ouvrage ; et comme, d'autre part, le Dr Moynac s'est consacré tout spécialement à la chirurgie, l'éditeur G. Steinheil a chargé de cette nouvelle édition un jeune médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris, et fort au courant des récents progrès scientifiques.

Nous ne passerons pas en revue cet ouvrage. Signalons seulement deux chapitres nouveaux, celui des maladies bactériennes où l'auteur rend hommage aux travaux de Pasteur et ses élèves Roux et Chamberland, de Davaine, de Cornil, de Chauveau, de Nocard, de Koch et ses collaborateurs Loeffiar et Gaffky, et celui des maladies par ralentissement de la nutrition où se réflètent les idées du professeur Bouchard.

Ainsi modifiée et mise au courant de la science, la nouvelle édition du manuel du Dr Moynac retrouvera certainement le succès des premières éditions.

Dr E. Deschamps.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Gosset, de Fécamp, reçu en 1865.

NOUVELLES

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Paris de 1889. — Un rapport adressé par M. Antonin Proust à M. le ministre du Commerce et de l'Industrie et insérée dans le *Journal officiel* du 14 mars 1885, a fait connaître l'intention du gouvernement de provoquer

la préparation de *Congrès* et de *Conférences* destinés à compléter l'utilité pratique et rehausser l'éclat de l'Exposition universelle internationale de 1889. Suivant la décision prise en assemblée générale du 8 octobre 1886 par le Congrès de Biarritz, qui s'est inspiré de la pensée que l'hydrologie et la climatologie ne pouvaient manquer de participer à ces grandes assises de la science, la session triennale du *Congrès international d'hydrologie et de climatologie* se tiendra à Paris en 1889, au commencement du mois d'octobre. La date précise de la réunion sera ultérieurement fixée.

En exécution de l'article 3 des statuts, le bureau du Congrès de Biarritz a transmis à un nouveau Comité le soin d'organiser le Congrès de Paris.

Ce Comité est ainsi composé : M. E. Renou, directeur de l'observatoire météorologique du parc de Saint-Maur, vice-président de la Société météorologique de France, *président*. — Dr Danjoy, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *vice-président*. — Dr F. de Ranse, membre correspondant de l'Académie de médecine, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *secrétaire général*. — Dr Caulet, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — Dr Fines, directeur de l'observatoire des Pyrénées-Orientales, à Perpignan. — Dr Japhet, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — M. Lemoine, ingénieur en chef des ponts et chaussées, président de la Société météorologique de France. — Dr Leudet, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — M. Piche, président de la commission météorologique des Basses-Pyrénées, à Pau. — M. Poincarré, inspecteur général des ponts et chaussées et d'hydraulique agricole, vice-président de la Société météorologique de France. — Dr Tillot, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. — Dr Schlemmer, secrétaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *secrétaire*.

Le Comité est entré en fonctions et fera connaître plus tard le programme du Congrès. En attendant il appelle plus particulièrement l'attention de ceux qui voudront bien y participer sur les questions suivantes :

1° HYDROLOGIE

A. — Hydrologie scientifique

1° Des précautions à prendre pour la détermination précise de la température des sources thermales ;

2° Des micro-organismes contenus dans les eaux minérales et de leur influence sur la composition et les propriétés de ces eaux ;

3° De l'influence des découvertes bactériologiques sur la thérapeutique thermale ;

4° Programme d'un enseignement de l'hydrologie.

B. — *Hydrologie médicale*

1° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux ;

2° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies chroniques du rein ;

3° Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves ;

4° Du traitement hydrominéral dans la tuberculose osseuse et articulaire ;

5° Du traitement hydrominéral et des bains de mer chez les enfants ;

6° Des étuves sèches et humides (technique et applications) ;

7° Des douches locales en hydrothérapie.

2° CLIMATOLOGIE

1° Conditions qui doivent présider à l'installation d'un observatoire météorologique ;

2° Règles de la prévision du temps. — Organisation de l'annonce du temps dans les stations sanitaires ;

3° Climatologie des différentes stations sanitaires ;

4° Comparaison et classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions climatologiques ;

5° De l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine ;

6° De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses ;

7° Programme d'un enseignement de la climatologie.

Le Comité rappelle que le Congrès se compose de membres honoraires et de membres adhérents nationaux et étrangers.

Les membres adhérents nationaux et étrangers sont soumis à une cotisation de 12 francs.

Les *communications* ou *demandes de renseignements* doivent être adressées au *Secrétaire général*, M. le Dr de Ranse, à Paris, 53, avenue Montaigne, du 1er octobre au 1er juin ; à Néris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

Secrétaire général, Dr F. DE RANSE.

Le Président, E. RENOU.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE a tenu sa séance solennelle le 10 juin 1888, sous la présidence de M. Jules Simon, sénateur, assisté de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, président de la Société. Après avoir entendu l'allocution de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre par M. le Dr A. Motet, l'éloquent discours de M. Jules Simon, le rapport de M. Decaisne et celui de M. Guignard, sur les récompenses, la Société a décerné :

Une médaille de vermeil à M. le Dr Emile Monin et à M. le ... Jacques Turgot. — Une médaille d'argent à MM. le Drs Deviller et ... dier (des Vosges). — 280 diplômes de membre associé honoraire ; — ... médailles d'argent ; — 314 médailles de bronze ; — 343 diplômes ... témoignage de satisfaction ; — 25 livrets de Caisse d'épargne ... d'une importance totale de 285 fr ; avec diverses publications de la Société et 2,000 exemplaires de *l'Avis de l'Académie de médecine sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques.*

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.



7770.b

E-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 72. JEUDI 21 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 18, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome 1. N° 72 Jeudi 21 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 20 juin 1888.

M. Paul Berger, répondant à l'appel de M. le professeur Verneuil, a communiqué hier à l'Académie un cas de transmission du tétanos traumatique de l'homme à l'homme; nous reproduisons ci-dessous *in extenso* cette importante communication.

M. Laboulbène a rapporté un cas de filaire du sang chez une malade dont il a dû se borner à examiner les urines. Quoique cette femme ait quitté l'hôpital avant qu'on ait eu le temps de se livrer aux recherches microscopiques qui auraient été nécessaires, les résultats obtenus viennent cependant confirmer les faits rappelés dans la dernière séance par M. Lancereaux.

M. Empis a lu un rapport sur une communication faite le mois dernier par le Dr Alvin (de Saint-Etienne). Des irrigations d'eau très chaude peuvent arrêter les hémorrhagies des fausses nasales, et d'autre part, une éponge imbibée d'eau très chaude combat très efficacement les contractures douloureuses qui accompagnent les bourrelets hémorrhoïdaux externes. Ces faits étaient déjà connus, comme l'a fait observer M. Empis, mais il n'était pas inutile de les rappeler.

La discussion sur la contagiosité de la lèpre a continué par un discours de M. Vidal qui est venu répondre à la récente communication de M. Le Roy de Méricourt. M. Le Roy de Méricourt, à son tour, a répondu aux objections de M. Leloir. Enfin, M. le professeur Cornil a très nettement résumé l'état de la question et montré quel devait être le rôle de la bactériologie.

A la fin de cette séance, l'Académie a entendu, en comité secret, le rapport de M. Gariel sur les candidats au titre de correspondant (1e division). Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Barnsby (de Tours); en deuxième ligne, M. Charpentier (de Nancy); en troisième ligne, M. Soubeyran (de Montpellier) ; en quatrième ligne *ex æquo* trois pharmaciens majors, M. Balland (à Amiens), M. Fleury (à Alger) et M. Lacour-Eymard (à Oran).

A. Ch.

Sur la transmissibilité du tétanos traumatique de l'homme à l'homme.

Par M. Paul Berger.

Dans ses remarquables recherches sur la nature, l'origine et la pathogénie du tétanos, M. Verneuil cite, comme un des principaux arguments en faveur de la nature infectieuse et de la transmissibilité de cette affection du cheval à l'homme, les cas de tétanos humain dans lesquels on a pu saisir des rapports plus ou moins directs entre l'homme blessé et d'autres tétaniques équins ou humains.

« Les faits de ce genre sont de la plus haute importance, dit M. Verneuil, et suffiraient à eux seuls pour démontrer la réalité de mon hypothèse. J'accorde, ajoute-t-il, que les observations tout à fait probantes sont encore rares, ce qui tient sans doute à ce que, la question étant à peine posée, les réponses n'ont guère eu le temps de se produire. »

C'est pour répondre à cet appel que je viens rapporter une double observation dont j'ai recueilli moi-même la première partie, dont le complément m'a été communiqué par mon collègue et ami, le Dr Charles Nélaton, observation qui me paraît accusée, avec une netteté qui ne laisse guère de place au doute, la transmissibilité du tétanos traumatique d'un blessé à un autre blessé.

Le 20 janvier de cette année, l'on amène à la consultation de l'hôpital Lariboisière un homme qui est en plein tétanos. Il porte une brûlure profonde qui a ouvert les articulations métacarpo phalangiennes de quatre doigts à la main droite. Cette lésion remonte au 2 janvier; c'est le 15, il y a cinq jours, que la complication actuelle a débuté par des secousses dans le bras droit et par une sensation de constriction des mâchoires. Le malade, qui recevait fréquemment la visite d'un palefrenier, allait souvent à l'écurie chercher de l'avoine avec sa main blessée et mal pansée; il y avait encore été le jour même.

Le blessé présente d'ailleurs tous les caractères de *l'opisthotonos* le plus complet avec contraction excessive des mâchoires, raideur totale de la nuque, spasme des muscles de la face, rigidité du tronc, raideur des extrémités inférieures dans *l'extension*. Seuls les membres inférieurs sont libres.

De temps en temps surviennent de véritables redoublements généralisés des plus violents, pendant lesquels le malade se couche en *pleurothotonos*, asphyxie et rend involontairement ses urines.

Pendant trois jours la situation se maintient sans grande modification, plutôt avec aggravation, malgré l'administration quotidienne de 15 à 20 grammes de chloral, de 30 à 45 grammes de sirop de morphine, malgré l'isolement absolu où on l'a placé.

Tant que le blessé est sous l'influence du chloral, qu'il sommeille, il est dans une résolution presque complète, mais il ne se réveille du sommeil chloralique que pour passer dans de violentes attaques généralisées, au

cours desquelles il pousse des cris épouvantables et il manque parfois de succomber.

En présence de cet état désespéré, je pratique le 23 janvier l'amputation de l'avant-bras au tiers moyen, pour m'éloigner suffisamment de la brûlure. Pour être plus sûr de ne pas infecter la plaie d'amputation, la surface suppurante de la main avait été enveloppée d'un pansement par *occlusion*. L'opération se passe sans accidents; elle est suivie d'une aggravation notable des phénomènes spasmodiques pendant toute la première journée, mais, dès le lendemain, se manifeste une amélioration marquée.

Dans les intervalles que laisse l'assoupissement causé par le chloral, le blessé peut rester souvent assez longtemps presque sans douleur; il répond aux questions qu'on lui adresse, se remue dans son lit, prend la main des personnes qui l'intéressent. Le 28 janvier, il défait son pansement, et l'on peut constater que le moignon est complètement réussi.

Mais le jour même apparaissent les signes d'une congestion pulmonaire qui fait de rapides progrès et qui s'accompagne d'un affaiblissement d'autant plus rapide que le malade ne peut plus rien avaler; une eschare commence à se montrer au *sacrum*, et le malade succombe dans la nuit du 31 janvier au 1er février.

Je passe les détails de l'autopsie, qui seront publiés avec l'observation complète de ce malade, pour arriver à la relation du second fait dont l'histoire est le complément et en quelque sorte la continuation de ce premier fait.

Un jeune garçon de 8 ans, étant entré le 20 janvier dans le service de M. Périer, que remplaçait alors M. Nélaton, à qui je laisse à présent la parole :

« Cet enfant avait été renversé par un fiacre et il présentait des plaies contuses multiples, siégeant à l'extrémité des doigts et à la face antérieure de la cuisse droite où un vaste décollement de la peau avait été produit par le passage de la roue.

« Les plaies furent lavées et pansées au *salol* à l'entrée du petit malade dans les salles : tout alla bien pendant douze jours ; mais, le troisième jour, la température étant élevée (38°,8), je jugeai à propos de refaire le pansement et de me rendre compte de l'état de la plaie. Voici dans quelles conditions s'opéra ce changement de pansement :

« Le 23 janvier, en arrivant à l'hôpital, je fis une *ovariotomie* dans la pièce spécialement disposée à cet effet après avoir pris personnellement toutes les précautions antiseptiques voulues. J'étais aidé dans cette opération par M. Berger. Celui-ci, à la fin de l'opération, m'engagea à venir voir un malade qui était dans ses salles atteint de tétanos ; nous nous y rendîmes aussitôt, M. Berger, moi, M. Plicque, mon interne, et quelques-uns des externes du service.

« Le tétanique était couché dans un lit sur les bords duquel deux travées de bois étaient placées pour empêcher sa chute : je m'accotai

sur une de ces travées pendant que l'on défaisait le pansement, et je regardai la plaie : puis, sans avoir touché au malade, je quittai M. Berger et rentrai dans le service de M. Périer.

« Ce fut alors qu'on me présenta le petit blessé qui fait le sujet de cette observation. Avant de le panser, je me lavai les mains et, après ce lavage, je les passai au sublimé ; M. Plicque en fit autant. Nous enlevâmes alors le pansement et je constatai que le lambeau décollé de la région extérieure de la cuisse était sphacélé. J'enlevai les sutures, j'excisai les parties mortifiées, je lavai la plaie au sublimé et j'appliquai sur elle du salol et quelques doubles de gaze phéniquée, puis je laissai un des externes qui nous avait accompagnés auprès du tétanique achever le pansement ; je ne saurais dire s'il a eu la précaution de se laver les mains et s'il avait touché au lit du tétanique. »

. . . . .

J'ai voulu laisser M. Nélaton préciser lui-même les conditions dans lesquelles il avait rendu visite au tétanique dont je viens de vous rapporter l'observation aussitôt avant de renouveler le pansement de son petit malade.

Quoi qu'il en soit, sept jours après, le 31 janvier, celui-ci *présentait du trismus* ; le lendemain, à la contraction des mâchoires, se joignaient des crises d'opisthotonos. Malgré l'administration de 6 grammes de chloral l'état s'aggrava ; la difficulté de la déglutition contraignit à avoir recours à l'administration rectale du médicament dont on dut pousser les doses à 18, à 24 et à 32 grammes même, dans les vingt-quatre heures, du 10 au 15 février.

Ce ne fut qu'à partir du 18 février que l'amélioration se dessina, l'enfant pouvant desserrer un peu les dents et demandant à manger. Le 20, l'écartement des incisives pouvait atteindre 1cm,5, mais l'expression sardonique de la face persistait encore. Le chloral fut encore continué à dose quotidienne de 4 grammes. Le 28 février seulement la contracture avait totalement disparu, mais ce ne fut que le 3 avril, après une longue convalescence, que l'enfant, tout à fait rétabli, put partir pour la maison de convalescence de La Roche-Guyon.

Dans le travail que je citais tout à l'heure, M. Verneuil a réuni avec soin un nombre assez important de faits paraissant indiquer la transmission possible par contagion du tétanos de l'homme à l'homme. Les plus importants d'entre eux sont constitués par de ces petites épidémies de maison ou d'hôpital, comme cette épidémie de l'hôpital de Colmar dont M. le Dr Larger a communiqué à la Société de chirurgie le récent exemple. J'ai moi-même, lorsque j'étais chirurgien de l'hospice de Bicêtre, observé un cas où la contagion m'avait paru probable et que je rappellerai sommairement dans quelques instants. Dans aucun de ces faits le lien qui indique la contagion ne m'a paru mieux marqué que dans ceux que je viens de

vous lire et où nous voyons le chirurgien et ses aides servir d'intermédiaires pour ainsi dire immédiats entre un tétanique dont on ouvre le pansement devant eux et un autre blessé qu'ils pansent aussitôt après et qui devient tétanique à son tour. M. Nélaton a tenu à préciser rigoureusement les conditions dans lesquelles avait pu se faire cette transmission. Si M. Nélaton et ses aides n'ont pas touché de leurs mains à la plaie du premier tétanique, ils ont été en contact intime et prolongé avec son lit, avec des objets qu'on peut supposer chargés de principes infectieux. M. Nélaton, son interne, avant de défaire le pansement du petit blessé qui devait plus tard prendre le tétanos et guérir, ont, à la vérité, pris les précautions antiseptiques auxquelles nous recourons toujours avant de toucher à un blessé, à une plaie : on peut néanmoins affirmer qu'il en ait été de même pour les autres élèves du même service ; d'ailleurs les précautions qui sont une garantie efficace contre la plupart des infections septiques, sont-elles une précaution suffisante contre l'agent *présumé* de l'infection tétanique ? Sans même soulever cette question, pour le moment tout au moins prématurée, je ne vois aucune objection sérieuse à opposer à l'idée que, chez le jeune blessé de M. Nélaton, le tétanos s'est déclaré par le fait d'une infection provenant du tétanique de mon service, infection dont le chirurgien et ses aides ont, malgré les précautions prises, été le vecteur.

L'observation du premier de ces cas de tétanos soulève une autre question, toute d'actualité, relative à l'étiologie de cette affection. Le blessé, atteint d'une brûlure grave de la main, était en relation journalière avec les gens d'écurie ; il se rendait même tous les jours à l'écurie pour y prendre de l'exercice, il y avait été jusqu'au jour où se déclara le trismus.

Ces relations d'un blessé avec les chevaux, les objets de harnachement ou autres, ou bien encore les locaux qui servent aux chevaux se retrouvent fréquemment dans les antécédents des tétaniques et elles ont été invoquées par M. Verneuil à l'appui de son opinion sur l'origine équine du tétanos.

A l'occasion du fait présent, j'ai cru devoir rechercher avec soin les matières étiologiques relatives aux cas de tétanos traumatique que j'ai soignés jusqu'à ce jour et je suis arrivé à un résultat qui ne manque pas de quelque intérêt.

Voici en quelques mots une courte statistique :

Obs. I. 1887 ; fracture compliquée de la jambe _par coup de pied de cheval_ avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne. Tétanos le quatorzième jour, mort le vingt-septième, malgré la médication au chloral.

Obs. II. 1879 ; plaie par coup de feu du bord cubital de la main et du poignet, *chez un jardinier qui logeait dans les dépendances d'un château à côté des écuries.* Tétanos le douzième jour, désarticulation du coude, médication au chloral, guérison.

Obs. III. Septembre 1884 : Ecrasement du bord cubital de la main gauche, *chez un charretier qui a la main prise entre la roue et l'avant-train de son chariot.* Tétanos le treizième jour, résection du nerf cubital ; chloral, mort le quinzième jour.

Obs. IV. Septembre 1884. Écrasement des 3e et 4e doigts et de la partie moyenne de la main gauche par un engrenage. Tétanos le 18e jour, mort malgré la médication au chloral le 36e jour.

Ce blessé était entré à l'infirmerie de Bicêtre seize jours après la mort du précédent. Il avait été couché dans la même salle, à deux lits de distance et de telle sorte qu'avant d'arriver à son lit, je devais forcément m'arrêter au lit où était mort le tétanique qui fait le sujet de l'observation précédente. Je crois qu'on peut considérer le fait comme un exemple de contagion à distance, analogue à ceux qu'on retrouve dans presque toutes les épidémies d'hôpital connues.

Obs. V. 1886. Luxation du pouce sur le métacarpien compliquée de plaie, *l'extrémité du métacarpien s'étant enfoncée dans le sol.* Phlegmon consécutif, tétanos le 7e jour, mort le 9e, malgré la médication au chloral.

Obs. VI. 1888. Brûlure profonde de la main intéressant les articulations métacarpo-phalangienne chez le blessé dont vous connaissez déjà les fréquentations avec les écuries.

En résumé, j'ai soigné six blessés atteints de tétanos traumatique grave ; quatre d'entre eux, trois au moins, soit par le mode de production de la plaie, soit par leur habitation, étaient au moment de leur blessure ou depuis lors en relation avec des chevaux ou avec des objets et des locaux affectés au service des chevaux. Chez un cinquième (Obs. IV), la contagion de l'homme à l'homme était admissible. Chez un dernier (Obs. V) sur la blessure duquel je n'ai eu que des renseignements étiologiques insuffisants, il n'y avait pas de relations équines, mais un contact tellurique indiscutable. Ce contact de la plaie avec la terre pouvait être également retrouvé chez trois autres de mes tétaniques (Obs. I, II et III).

Je ne m'avancerais pas jusqu'à tirer une conclusion de ces faits s'ils ne venaient conformer l'opinion que M. Verneuil a appuyée d'une manière si saisissante sur un nombre déjà très considérable d'observations. Je les livre à titre de documents en faisant remarquer qu'il n'est aucun d'eux qui contredise l'hypothèse de l'origine équine, ou

si l'on veut tellurique du tétanos, et que deux d'entre eux semblent nettement accuser la transmissibilité directe par infection de l homme à l'homme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *juin* 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

LA FILAIRE DU SANG. — M. *Laboulbène* a pu examiner récemment les urines d'une malade couchée à la Charité dans le service de M. Champetier de Ribes. Ces urines ont offert trois phases; dans la première, urines de la nuit, celles-ci sont rouges, elles contiennent des globules de sang pur et des substances graisseuses; dans la deuxième, les urines du matin sont chyleuses, elles contiennent beaucoup de leucocytes et de matières graisseuses ; enfin les urines rendues dans la journée et la soirée sont acides comme les précédentes et ne présentent qu'une très petite quantité de globules rouges ou blancs et surtout des granulations graisseuses.

Dans aucun flacon des trois émissions d'urine, M. Laboulbène n'a aperçu aucun embryon de filaire.

La malade a quitté Paris. M. Laboulbène n'a pu la voir et soumettre ses urines à l'analyse microscopique ; il lui a cependant paru certain que cette malade avait des filaires sanguines pareilles à celle que M. Lancereaux a montrée à l'Académie.

Comme traitement, M. Laboulbène aurait recommandé le séjour aussi prolongé que possible dans l'Europe tempérée, loin du Brésil, pays natal de cette femme, car on n'a pas encore trouvé le moyen de débarrasser le sang de ses filaires.

M. *le Président* annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national (1re division).

M. *Dujardin-Beaumetz* dépose sur le bureau un travail manuscrit du Dr Miraschi (de Salonique), sur le traitement de la fièvre puerpérale.

DE LA TRANSMISSION DU TÉTANOS DE L'HOMME A L'HOMME. — M. *P. Berger* (V. plus haut, p. 866). (Comm. : MM. Maurice Perrier, Le Fort, Verneuil).

L'IRRIGATION D'EAU TRÈS CHAUDE DANS LES FOSSES NASALES COMME MOYEN FACILE ET TRÈS EFFICACE D'ARRÊTER LES ÉPISTAXIS GRAVES, ET DE L'EMPLOI DE L'ÉPONGE IMBIBÉE D'EAU TRÈS CHAUDE CONTRE LES BOURRELETS HÉMORRHOIDAUX EXTERNES ACCOMPAGNÉS DE CONTRACTURES DOULOUREUSES DU SPHINCTER. — M. *Empis* fait un rapport sur une

communication adressée le 22 mai par le Dr Alvin (de Saint-Etienne).

Le titre de cette communication dit suffisamment de quoi il s'agit; M. Alvin a envoyé une simple note sans historique et en effet il ne saurait réclamer la priorité de cette idée déjà très ancienne.

M. Alvin a fait fabriquer un instrument destiné à assurer la continuité de l'irrigation. La température de l'eau ne doit pas être inférieure à 53°. La canule doit remplir complètement l'orifice de la narine qui donne du sang, le liquide sortant par l'autre narine. Le succès d'une irrigation bien faite est prompt : le plus souvent trois à cinq secondes suffisent.

M. Alvin a également appliqué l'eau chaude contre les bourrelets hémorrhoïdaux et il rapporte deux observations à l'appui de l'efficacité de cette pratique.

RAPPORT. — M. *Lancereaux* lit un rapport sur un mémoire manuscrit envoyé par M. Desbouvrie (de Roubaix), sur les moyens de réprimer les progrès de l'alcoolisme.

DE LA CONTAGIOSITÉ DE LA LÈPRE. — M. *Vidal* répond au travail lu récemment par M. Le Roy de Méricourt et combat ses conclusions.

La question en litige est de savoir si la lèpre peut être transmise de l'homme malade à l'homme sain, par contagion.

Des preuves peuvent être tirées de la nature parasitaire de la lèpre. Le bacille de Hansen paraît absolument spécifique et discuter ce fait serait un anachronisme, et cependant sir Joseph Fairer, écrivant récemment à M. Le Roy de Méricourt, prétendait que le bacille d'Hansen était sans doute un résultat et non une cause de la lèpre. C'est une opinion qui ne peut être admise par aucune personne tant soit peu versée dans l'étude de la microbiologie.

M. Vidal rappelle les faits cliniques qui plaident en faveur de la transmission de la maladie de l'homme malade à l'homme sain. Il montre les résultats obtenus grâce aux mesures d'hygiène qui ont déjà été prises et il espère que, dans un avenir plus ou moins éloigné, la lèpre pourra disparaître par le fait de ces mesures prophylactiques, comme doivent également disparaître d'autres maladies contagieuses.

M. *Le Roy de Méricourt* n'a pas l'intention de prolonger cette discussion, il veut seulement répondre à la communication de M. Leloir.

M. Le Roy de Méricourt sait bien qu'il a pris une tâche très ingrate ; il a fait œuvre de réactionnaire en voulant protester contre des affirmations qui n'ont encore rien prouvé ; jusqu'à maintenant il n'y a pas encore un seul cas prouvé de contagion.

Depuis sa communication, M. Le Roy de Méricourt a reçu une lettre de notre compatriote, M. le Dr Zambaco, de Constantinople, qui, après un voyage en Égypte et en Asie, fait dans le but d'étudier

.a lèpre, est arrivé à ces conclusions : Il n'a pas rencontré un seul exemple de contagion ; il a vu des centaines de ménages dans lesquels l'un des conjoints seul est lépreux, les enfants peuvent être lépreux par hérédité sans qu'aucun conjoint n'ait contracté la lèpre de son époux. Les lépreux sont en communication constante avec les individus sains sans que la contagion soit jamais observée.

Les enfants deviennent souvent lépreux vers l'âge de 18 à 20 ans par hérédité. L'influence de l'hérédité est donc évidente, tandis que la contagion ne l'est nullement.

Ce qu'il y a de plus fâcheux dans les léproseries, c'est qu'il y a toujours, quoi qu'on fasse, des rapports entre les lépreux des deux sexes, d'où la naissance d'un grand nombre d'enfants qui deviennent lépreux.

M. Le Roy de Méricourt n'a pas la prétention d'arriver à une conclusion ferme, mais il ne faut pas faire dire à la bactériologie plus qu'elle ne peut dire actuellement.

M. *Cornil.* La question de la contagion de la lèpre est difficile à juger actuellement. On entend généralement par contagion la transmission de la maladie d'une personne à une autre par un mode quelconque. Il ne faut pas croire que toute maladie parasitaire contagieuse soit forcément transmise par un individu aux autres individus qui vivent avec lui. On ne peut faire d'hypothèse plausible sur la façon dont se transmet un parasite que lorsqu'on connaît bien les mœurs de ce parasite.

Prenons le kyste hydatique du foie. Les échinocoques sont profondément enfermés dans une poche enfoncée dans le foie. C'est là une maladie parasitaire qui est difficilement transmissible, il faut qu'un chien mange des échinocoques, et encore il aura le tœnia et non des kystes hydatiques.

L'actinomycose du bœuf, du porc, cause des tumeurs ressemblant au sarcome ; cette maladie est contagieuse par l'homme ; il n'y a cependant pas eu de cas de contagion observé en France, tandis que le fait est assez commun en Angleterre et en Allemagne, sans doute parce que nous mangeons la viande plus cuite que nos voisins.

Il n'y a pas longtemps que l'on accepte la contagion de la morve, du farcin, du choléra, des furoncles, de la fièvre typhoïde. Le mode de contagion des maladies microbiennes est très variable suivant les cas.

La tuberculose n'a été considérée comme contagieuse par tout le monde que quinze ans après la découverte de M. Villemin. L'expérience a été faite éclatante par la découverte du bacille de Koch. Il y a trente ans, personne ici n'eût osé soutenir la contagion de la tuberculose et aujourd'hui, au contraire, beaucoup s'étonnent que la

majorité de la population puisse résister à la contagion. Si dans cette question on s'en était tenu à l'observation pure, nous serions dans le même état qu'il y a trente ans.

Dans les conceptions nouvelles, les faits acquis autrefois à l'actif de l'hérédité passent pour une grande part à la contagion, pensée qui est d'ailleurs beaucoup plus consolante, car la contagion peut s'éviter, tandis que sur l'hérédité on ne peut rien.

De ce que la lèpre est une affection parasitaire, on en a conclu qu'elle était contagieuse ; mais comme l'a fait observer M. Le Roy de Méricourt, nous ne connaissons à peu près rien de la morphologie du bacille de la lèpre.

Nous ne savons si les parasites qui fusionnent dans les tumeurs cutanées sont vivants ou morts, il faut pour qu'ils sortent des ulcérations ou des plaies, il faut que ces bacilles viennent au contact d'ulcérations chez les individus sains, et ce fait doit être rare, même dans les familles pauvres des lépreux.

Nous en sommes aujourd'hui pour la lèpre au point où nous en étions il y a trente ans pour la tuberculose.

MM. Chantemesse et Moriez ont fait des recherches sur les lépreux que l'on trouve dans les Alpes-Maritimes. D'après la croyance vulgaire, la lèpre aurait été introduite à la Turbie par les Sarrazins. Les auteurs rapportent plusieurs observations pour montrer la contagion de la lèpre.

Ce que tout cela prouve, c'est qu'on voit parfois des foyers de lèpre être amenés dans un pays indemne jusque-là et de là rayonner sur les environs. Les mesures d'hygiène peuvent donc beaucoup pour empêcher le développement de cette affection.

A 4 heures trois quarts, l'Académie se forme en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 25 au 30 juin 1888.

Lundi 25. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Fournier, Marc Sée, Rémy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Delens, Segond, Kirmisson. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Straus, A. Robin, Brissaud. — 4e examen, doctorat : MM. Ollivier, Raymond, Chauffard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Guyon,

Pinard, Reclus. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Landouzy, Déjerine.

Mardi 26. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Bouilly, Campenon. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Poirier. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Peyrot, Schwartz. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Troisier. — 4e examen, doctorat : MM. Proust, Legroux, Quinquaud. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité : MM. Richet, Panas, Charpentier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. G. Sée, Cornil, Joffroy. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Peter, Jaccoud, Hanot.

Mercredi 27. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Regnauld, Bouchardat, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier. Bourgoin, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Baillon, Gariel, Lutz. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Fournier, Ollivier, Raymond. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Straus, Déjerine. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Delens, Pinard, Reclus. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Damaschino, A. Robin, Chauffard.

Jeudi 28. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Brun, Poirier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Panas, Ballet, Quenu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Peyrot, Maygrier. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot. — 4e examen, doctorat : MM. Brouardel, Proust, Joffroy.

Vendredi 29. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Lutz, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bouchardat, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Regnauld, Bourgoin, Pouchet. — 5e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Raymond, Reynier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Rémy. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Delens, Segond. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (1re série) : MM. Trélat, Pinard, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Hayem, Ollivier, Brissaud.

Samedi 30. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Brun, Poirier. Épreuve pratique : cette épreuve aura lieu à 1 heure, à la nouvelle

École pratique, 15, rue de l'*École-de-Médecine*. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Joffroy, Quenu. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Richet, Bouilly, Schwartz. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Le Fort, Peyrot, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Panas, Campenon, Charpentier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Cornil, Legroux, Hutinel. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (1re série) : MM. Dieulafoy, Fernet, Ballet. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité (2e série) : MM. Peter, Ball, Quinquaud.

(*A suivre*).

NOUVELLES

Facultés de médecine. — *Concours d'agrégation.* — Le ministre de l'Instruction publique vient de décider qu'il serait ouvert à Paris, en 1888-1889, des concours pour vingt-huit places d'agrégé à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine : Paris, 12; Bordeaux, 5 ; Lille, 5 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 4.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 15 décembre 1888 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) ;

Le 1er mars 1889 pour la section de chirurgie et accouchements ;

Le 15 mai 1889 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Etude clinique sur le massage appliqué au traitement des fractures justa-articulaires, par le Dr Rafin, ex interne des hôpitaux de Lyon. 1888, grand in-8° de 46 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Les irresponsables devant la Justice, par M. Riant, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 306 pages, 3 fr. 50

La pratique du massage : Action physiologique, emploi thérapeutique, par W. Murrell, professeur à Westminster Hospital, ouvrage traduit par le Dr Jennings, avec une introduction par le Dr Dujardin-Beaumetz. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 168 pages avec figures, 2 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

[V]INGT-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 73. SAMEDI 23 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
[L]ECROSNIER et BABÉ
Place [d]e l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.


CONSTIPATION
HABITUELLE
le meilleur
curatif
est le
CASCARA MIDY
Pilules rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd. Alcool. de Cascara Sagrada; accélère travail digestif dans ses diverses phases, ne donne ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.
2f.50
113
Faubourg St Honoré
PARIS
Env. Franco
Echantillons
et toutes
Pharmacies
GORGE, LARYNX, BOUCHE
contre ces Affections
employez
LA
COCAINE MIDY
3f

35e Année. — Tome 1. N° 73 Samedi 23 Juin 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Néphrite scarlatineuse. Perforation intestinale à la suite d'ulcérations urémiques. Péritonite (1).

Par H. Méry,
Interne des hôpitaux.

S... (Edouard), entre le 19 novembre 1887 dans le service de M. le docteur Hutinel, à l'hôpital de la Pitié.

Ce malade, garçon de 20 ans, assez vigoureux, avait été soigné, au mois d'août, dans le service de M. le professeur Verneuil pour une brûlure de la jambe ; il contracta dans le service une fièvre scarlatine qui ne présenta aucune gravité dans son évolution. Mais, quinze jours après la disparition de l'éruption, le malade s'aperçut que ses urines étaient rougeâtres. L'état général était satisfaisant et les urines redevinrent normales. A cette époque, on lui enleva les deux amygdales et cette opération fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante qui dura trois heures. Ses urines ne furent pas examinées à cette époque et le malade quitta l'hôpital à peu près bien portant. Ses urines étaient absolument claires à ce moment, d'après ce qu'il raconte. Au bout de deux semaines, sa santé s'altéra de nouveau : ses forces diminuèrent, il eut fréquemment des nausées et quelquefois des vomissements; la nuit, survinrent quelques accès de dyspnée. Les urines redevinrent troubles et le malade eut de très vives douleurs de reins ; il commença à se lever fréquemment la nuit pour uriner. C'est surtout depuis quinze jours que les mictions sont fréquentes : il en a jusqu'à cinquante par jour ; chaque miction est douloureuse et peu abondante.

Depuis huit jours, le malade a une céphalalgie très vive et beaucoup de fièvre. Ses urines sont très peu abondantes et contiennent une grande quantité de sang.

Lors de l'entrée, il est très abattu, très faible et frissonne beaucoup. Il avait 41° le soir de son arrivée. Les urines contiennent une

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

grande quantité d'albumine grise. Le foie a ses limites normales. Le cœur n'est pas hypertrophié ; le premier bruit est seulement un peu prolongé. Régime lacté. T. 40,4 matin, 40,6 soir.

Le 21. P. 132. T. 40,4 matin, 40,4 soir.

Le malade se plaint beaucoup de ses reins. Il existe d'assez nombreuses sibilances dans la poitrine. 10 ventouses scarifiées sur la région lombaire.

Le 22. La dyspnée persiste et l'état de prostration du malade augmente ; il urine toujours extrêmement peu, à peine 500 grammes par vingt-quatre heures.

On lui donne de grands lavements froids. T. 39,4 matin, 40,4 le soir.

Le 23. Même état. Aucune amélioration. T. 40, matin, 40,4, soir.

Le 24. La prostration est toujours aussi marquée ; cependant le malade paraît s'agiter plus que les jours précédents ; il a déliré toute la nuit. Il existe des râles nombreux dans la poitrine, mais seulement dans les grosses bronches. Saignée de 300 grammes. T. 39,4 le matin, 38, le soir.

Le 25. Le malade urine sous lui et a de la diarrhée. Il vomit. La prostration, toujours marquée, lui donne l'air d'un typhique grave. Toujours du délire. Comme le malade ne veut rien avaler, on lui introduit un peu de lait dans l'estomac avec la sonde œsophagienne. Bains froids d'une demi-heure. Deux par jour. T. 38,2, matin, 38,4, soir.

Le 26. Hallucinations. Délire très violent. Deux grands bains. T. 38,2 matin, 37, soir.

Le 27. On constate aujourd'hui une amélioration considérable. Le malade a repris connaissance et avale seul. On continue encore les bains. T. 40,2 matin, 39, le soir.

Il existe toujours de nombreux râles sibilants dans la poitrine. P. 130.

Le 28. Le malade a eu plusieurs selles ; l'amélioration continue. Densité de l'urine, 1011 ; elle contient moins d'albumine. T. 38,4 matin, 37,6 soir.

Le 29. La poitrine est remplie de râles sous-crépitants ; la céphalalgie est vive. La langue est un peu moins sèche. Pouls 104, régulier. Densité de l'urine, 1008. T. 38,4 le matin, 38,8 le soir.

Le 30. Le malade a été pris d'une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque droite, hier soir. Cette nuit, il a eu des vomissements très abondants, porracés. Ce matin, son visage est grippé ; le pouls est très petit. Glace sur le ventre. Injections de morphine. T. 39,8 le matin et 37,2 le soir.

1er décembre. L'abdomen est toujours extrêmement douloureux et

météorisé. Le facies du malade est très grippé; les urines sont rares. P. 128, filiforme. T. 37,2 matin, 37 soir.

On continue les injections de morphine et la glace.

Le 2. L'état s'aggrave de plus en plus. T. 36,5.

Mort dans la soirée.

Autopsie. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve une péritonite généralisée avec du pus et des fausses membranes unissant ensemble les anses et l'intestin grêle ; les lésions sont surtout marquées au niveau de la fosse iliaque droite ; à ce niveau, les anses intestinales revenues sur elles-mêmes forment une masse maintenue par des adhérences assez résistantes. Au milieu de ce paquet d'anses agglutinées, à 75 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouve, sur l'iléon, une perforation par laquelle s'écoule le contenu de l'intestin dans la cavité péritonéale. Les anses intestinales voisines de la perforation sont rouges et très vascularisées. A l'ouverture de l'intestin grêle, on trouve que la muqueuse est, dans toute son étendue, brunâtre, congestionnée ; les parois intestinales semblent en même temps être épaissies ; on trouve jusqu'à la terminaison de l'iléon des replis de la muqueuse analogues aux valvules conniventes, ce qui fait que tout l'intestin grêle rappelle l'aspect du duodenum. Sur toute l'étendue de l'iléon, on trouve de nombreux follicules clos, de la grosseur d'un grain de millet; enfin, on voit des ulcérations arrondies, cratériformes, plus ou moins grandes, ne dépassant pas une pièce de cinquante centimes. Ces ulcérations siègent sur n'importe quel point de la muqueuse ; on en rencontre plusieurs sur la même ligne transversale. Ces ulcérations paraissent avoir leur point de départ au niveau des follicules clos ; au niveau de la perforation, l'ulcération est plus profonde, mais elle n'a pas déterminé seule la perforation : les tuniques amincies se sont rompues et le fond de l'ulcération est occupé par une fissure linéaire longitudinale. Près de la valvule iléo-cœcale, on trouve une autre ulcération prête à se perforer.

Le cœcum est très rouge, très congestionné ; mais il n'existe pas d'ulcérations, ni dans le reste du gros intestin.

L'estomac est revenu sur lui-même ; ses replis sont très marqués ; il a l'apparence villeuse. Il n'est pas congestionné.

Les reins sont gros, très congestionnés, surtout au niveau des glomérules, qui apparaissent comme autant de points noirâtres au milieu de la substance corticale.

Les poumons sont très congestionnés ; le lobe supérieur du poumon gauche est splénisé. Le cœur est de volume moyen.

Examen histologique de l'intestin. — Sur des coupes passant au niveau d'une ulcération, on constate tout d'abord autour d'elle des lé-

sions assez banales d'entérite catarrhale; abrasion des glandes de Lieberhühn, infiltration des cellules embryonnaires entre les culs-de-sac glandulaires, qui sont plus écartés les uns des autres qu'à l'état normal. Au niveau de l'ulcération, on voit que la perte de substance déchiquetée a détruit la muscularis mucosæ et repose sur la celluleuse. Tout autour, de nombreuses cellules embryonnaires témoignent d'une inflammation fort vive; on trouve des vaisseaux remplis de globules sanguins en grand nombre dans la muqueuse, tout autour de l'ulcération. Les vaisseaux de la tunique celluleuse sont gorgés de sang. Sur d'autres coupes passant au niveau de follicules clos saillants, on a absolument le même aspect, sauf l'ulcération.

Sur des coupes d'estomac, cet organe nous a paru peu altéré; on trouvait seulement, de place en place, un peu d'infiltration des cellules embryonnaires. Les coupes des reins malades ont montré qu'on avait surtout des hémorrhagies intra-glomérulaires et, dans certains tubuli, les lésions épithéliales sont au deuxième plan.

Dans cette observation, l'existence de lésions urémiques de l'intestin nous paraît indiscutable. Il nous paraîtrait tout d'abord impossible de rattacher à une autre origine les lésions intestinales constatées; elles présentaient d'ailleurs les caractères des lésions urémiques de l'intestin, décrites par Treitz et, plus récemment, par Lancereaux (aspect plissé de la muqueuse intestinale, épaississement des parois). Lancereaux croit les ulcérations de l'intestin grêle rares et ne signale pas de cas de perforation. Treitz croit également les ulcérations de l'intestin grêle plus rares que celles du gros intestin, mais il en signale, et, en particulier, un cas suivi de perforation intestinale et semblable absolument à celui de l'observation que nous rapportons. Treitz avait noté également que les ulcérations siégeaient au niveau des follicules clos.

PHYSIOLOGIE.

Recherches expérimentales relatives à l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire et à leur élimination par cette sécrétion.

Par MM. J.-L. Prévost et Paul Binet, de Genève (1).

« La question de l'action cholagogue des médicaments et de leur élimination par la bile, malgré de nombreux travaux, est loin d'être résolue. Nos expériences ont été faites principalement sur deux

(1) Note présentée par M. Charcot à l'Académie des sciences.

chiens, auxquels nous avons pratiqué une fistule biliaire et que nous avons conservés plusieurs mois en expérience. Elles nous ont donné en résumé les résultats suivants :

» 1° En confirmation des travaux de Röhmann, nos animaux porteurs de fistule biliaire ont pu être maintenus en bonne santé, en excluant de leur régime les graisses, qui passent presque entièrement dans les selles, où nous avons pu constater leur présence.

» 2° La quantité de bile augmente un peu avec l'alimentation, après l'ingestion des peptones surtout. La graisse, d'autre part, n'a pas produit d'augmentation. L'eau froide ou tiède n'amène une légère augmentation qu'aux doses de 150cc à 200cc. Les grands lavements d'eau froide, préconisés récemment dans l'ictère, n'ont pas modifié la sécrétion biliaire.

» 3° Les substances diverses ingérées dans l'estomac ou injectées sous la peau peuvent se diviser en quatre groupes relativement à leur influence sur la sécrétion biliaire.

GROUPE I. — *Substances augmentant la sécrétion biliaire.*

Bile et sels biliaires. — La bile est certainement le plus puissant cholagogue : donnée, soit en nature, soit en extrait, elle provoque rapidement une augmentation considérable de la sécrétion biliaire. Nous avons essayé avec des résultats semblables les biles de bœuf, de mouton, de porc et de chien.

Nous avons fait quelques expériences sur la toxicité de la bile en injection sous-cutanée. A dose suffisante (3 cc. à 4 cc. pour le rat, 6 cc. à 10 cc. pour le cobaye) la mort survient dans le collapsus, et, à l'autopsie, on trouve l'intestin rempli de bile et de matières diarrhéiques très liquides, souvent sanguinolentes. L'urine devient parfois hématique. L'ingestion gastrique d'une dose ne dépassant pas 40 cc. à 50 cc. a toujours été bien tolérée par le chien sans troubles gastro-intestinaux; une dose plus forte a produit des vomissements.

Urée. — L'ingestion d'urée dans une seule expérience a provoqué, avec des troubles gastro-intestinaux graves, une augmentation assez considérable de la bile.

Essence de térébenthine et ses dérivés : terpinol et terpine; chlorate de potasse; benzoate, salicylate de soude, salol; evonymin; muscarine (injection sous-cutanée).

GROUPE II. — *Substances n'amenant qu'une augmentation légère ou douteuse, inconstante.*

Bicarbonate de soude, sulfate de soude; chlorure de sodium, sel de Carlsbad; propylamine; antipyrine; aloès, acide cathartique, rhubarbe; *Hydrastis canadensis*, ipéca, boldo.

GROUPE III. — *Substances déterminant une diminution de la bile.*

Iodure de potassium ; calomel, qui en l'absence de bile dans l'intestin, colore les selles en vert ; fer et cuivre (en injection sous-cutanée) ; atropine (injection sous-cutanée) ; strychnine (à dose toxique).

GROUPE IV. — *Substances sans action sur la sécrétion biliaire.*

Phosphate de soude, bromure de potassium ; chlorure de lithium ; sublimé ; arséniate de soude ; alcool, éther, glycérine ; quinine, caféine, pilocarpine, kairine ; cytise, séné, colombo.

4° En ce qui concerne l'élimination par la bile, nous avons constaté dans la bile le passage des corps suivants :

Essence de térébenthine, terpinol, terpine ; acide salicylique (trouvé également après l'ingestion de salol) ; bromure et iodure de potassium ; chlorate de potasse ; arsenic ; fer (traces), plomb (traces), mercure (traces) ; caféine (résultat simplement probable) ; fuchsine, cochenille.

Bile. —Après l'ingestion de bile de bœuf, la bile du chien présenta une teinte plus verdâtre, émit à l'évaporation l'odeur musquée spéciale de la bile de bœuf et l'on put y constater la présence de l'acide glycocholique qui n'existe pas normalement dans la bile du chien.

D'autres corps ont été recherchés avec résultat négatif et ne paraissent par conséquent pas passer dans la bile, dans les conditions tout au moins où nous sommes placés et aux doses administrées : antipyrine et kairine ; acide benzoïque.

Nous n'avons également pas trouvé d'acide hippurique dans la bile : quinine, strychnine ; cuivre ; lithium ; urée.

On peut dire, en somme, que l'élimination par la bile des médicaments introduits dans l'organisme est peu importante. Ils n'y passent généralement qu'en faible quantité, comme l'un de nous l'a observé déjà pour la salive et la sueur (1) ; ces trois sécrétions sont bien inférieures à cet égard à l'urine, qui reste la voie d'élimination par excellence. Les matériaux d'autre part, qui constituent la bile, notamment les acides biliaires, trouvent dans le foie un lieu d'élimination élective ; de là la polycholie intense et constante que l'on observe à la suite de l'ingestion de bile.

Il n'y a pas de rapport constant entre l'élimination d'une substance par la bile et l'action qu'elle peut exercer sur l'activité de la sécrétion biliaire (2).

(1) Paul Binet. *Etude sur la sueur et la salive dans leurs rapports avec l'élimination* (Th. de Paris, 1884).

(2) Ces recherches ont été communiquées à la Société médicale de Genève dans

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

DE LA SUTURE DES PLAIES. — M. *Trélat.* Il y a longtemps que je soutiens le principe que l'idéal de la chirurgie est de faire des pansements indéfiniment durables. Ce qui m'a conduit à la simplification des éléments du pansement.

Je disais autrefois que les conditions de la réunion étaient l'asepsie, un affrontement parfait, un facile écoulement des produits de sécrétion.

Aujourd'hui, je supprime le troisième terme, et je dis asepsie et affrontement parfait.

L'affrontement n'est pas possible dans tous les cas; ce sont ces cas qu'il faut rechercher.

Dans la grande majorité des cas, il est possible et je supprime les drains.

Quand nous avons fait l'asepsie parfaite et si l'affrontement n'est pas exact, on peut avoir un épanchement séro-sanguinolent.

La question de l'étendue de la plaie n'entre pas en ligne de compte dans la question du drainage, contrairement à ce que dit M. Championnière.

Il m'a semblé que la Société de chirurgie se rattachait à l'idée de la conservation des drains. Je ne suis pas tout à fait de cet avis, mais je crois que cette question est à l'étude; la question des indications certaines reste à poser.

M. *Lucas Championnière.* La question du drainage n'a pas été discutée ici, il n'en a été parlé qu'incidemment.

J'ai dit que je ne trouve pas dans le drainage des avantages compensant les inconvénients qui peuvent résulter de sa suppression.

INVERSION UTÉRINE IRRÉDUCTIBLE. — AMPUTATION DE L'UTÉRUS PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE, par M. Leprévost (du Havre). — RAPPORT. — M. *Tillaux.* L'opération a été faite en suivant le procédé de M. Périer. Il s'agissait d'une inversion consécutive à une délivrance mal faite. Hémorrhagies profuses. Anémie.

L'observation, dit le rapporteur, n'a d'autre intérêt que parce qu'elle s'ajoute à celles qui ont été publiées jusqu'ici.

L'état de la sensibilité de l'utérus a été noté. La muqueuse utérine était insensible au chaud, au froid, à la piqûre.

---

les séances du 4 avril et 2 mai 1880, et sont en voie de publication in extenso dans la *Revue médicale de la Suisse romande,* mai, juin et juillet 1888. Les deux auteurs ont collaboré à l'ensemble de ce travail ; les recherches chimiques ont été faites par M. Binet.

J'avais cru que le signe de la sensibilité était un signe certain pour établir le diagnostic entre l'inversion et les polypes. Je vois qu'il n'en est rien.

M. *Berger*. J'ai fait des expériences sur l'état de la sensibilité de la muqueuse utérine.

La surface interne de l'utérus à l'état normal est insensible au contact, au pincement et à la piqûre, à la condition qu'on n'exerce aucune action mécanique, qu'on ne déplace pas l'utérus, qu'on ne le tiraille pas, qu'on ne le dilate pas.

M. *Terrier*. J'affirme que j'ai toujours trouvé l'utérus sensible, soit au niveau du col, soit au niveau de la muqueuse du corps.

M. *Bouilly*. — Il faut faire des distinctions. La muqueuse vaginale qui recouvre le col est sensible.

Quand il n'y a pas de rétrécissement de l'orifice profond du col, on peut faire le cathétérisme sans que la malade s'en doute.

Quand il y a de l'endométrite, le contact est douloureux.

M. *Quénu*. Je crois qu'on ne peut nier la sensibilité de l'utérus. Je l'ai toujours observée.

M. *Trélat*. Au point de vue de la pratique chirurgicale, sinon au point de vue physiologique, j'ai toujours constaté l'insensibilité de l'utérus. Toutes les fois que l'utérus est sensible, il est malade.

M. *Championnière*. Je partage l'opinion de M. Trélat, mais j'ajoute qu'il y a de grandes différences entre les femmes au point de vue de la sensibilité sans tenir compte de l'état pathologique.

M. *Berger*. Dans mes recherches, j'ai séparé ce qui pouvait être mécanique, comme redressement, écartement, du simple contact ou la piqûre, et j'ai constaté qu'alors la muqueuse n'était pas sensible.

M. *Kirmisson*. Il me semble juste d'indiquer que M. Guéniot a insisté depuis vingt ans sur ce signe de la sensibilité au point de vue du diagnostic entre le polype et l'inversion.

M. *Tillaux*. Je crois que le signe de la sensibilité ne peut plus être en effet invoqué comme je le croyais.

FISTULE ET KYSTE DE LA RÉGION SACRO-COCCYGIENNE, par M. *Routier* — RAPPORT. — M. *Delens*. Femme de 28 ans. Fait une chute en 1873 ; à partir de ce moment, il se forme, au niveau du coccyx, une tumeur puis un abcès qui s'ouvrit et se ferma. Depuis 1878, de nouveaux abcès se forment et ne peuvent être fermés.

Quand M. Routier la vit à l'hôpital, il constata l'existence d'un orifice qui donne accès à une cavité de 4 à 5 centimètres de profondeur.

Ablation de toute la poche qui adhère à la crête sacrée. Malgré les précautions, pas de réunion profonde, et la réunion superficielle

partie. La plaie se cicatrise. Six mois après, la guérison
ait complète.
n histologique n'a rien révélé dans les parois. Néanmoins
ur est tenté d'admettre avec l'auteur la congénitalité
ur, car il en a observé une chez une femme de 80 ans,
it manifestement congénitale.
illon. J'ai présenté, il y a plusieurs années, un travail sur
congénitales de la région sacrée.
le rapporteur et M. Routier, il s'agirait dans leur cas
e ; d'après la description qu'ils en ont faite, il me semble
it d'une fistule.
servé trois nouveaux faits depuis la publication de mon

ouvent on voit chez les enfants, à la région coccygienne,
essions qui sont quelquefois des culs-de-sac assez profonds.
un cas où cette poche s'était enflammée. J'ai dû l'enlever,
fait examiner. Or j'ai vu que la peau se continue avec celle
e interne de la poche. Ces poches s'enflamment assez souvent.
ois que l'origine de ces accidents inflammatoires est due à
ilation de l'épiderme qui fermente et enflamme la peau.
eyrot. J'ai observé une fistule analogue à celle de M. Ter-

chwartz. J'ai observé un cas absolument semblable à celui de
tier.
elens. L'opinion défendue par M. Routier et par moi se rap-
au fond de celle de M. Terrillon.
A TRÉPANATION DU CRANE. — M. *Championnière*. J'ai fait cinq
ations pour des traumatismes et quinze pour des indications
les.
toujours défendu l'innocuité de la trépanation. A propos de
rique, je dirai que les Kabyles font la trépanation très facile-
et qu'elle est faite non seulement pour des cas traumatiques,
pour des cas d'ordre médical.
trépanation n'est pas grave, ce sont les lésions pour lesquelles
fait qui sont graves.
de mes trépanés est mort vingt-quatre heures après, mais,
un foyer de suppuration, il avait du pus tout autour du
au.
i trépané un homme qui avait un fragment d'os du crâne avec
heveux dans le cerveau. Il a guéri.
i enlevé une partie du frontal, du pariétal et du temporal chez
jeune fille qui avait ces os enfoncés.
ans les quinze autres opérations qui avaient d'autres indications,

la guérison s'est effectuée facilement quelles que fussent l'étendue et la profondeur de l'opération.

Chez six de ces malades, l'opération a été faite pour des douleurs localisées insupportables, chez quatre la douleur se rattachait au traumatisme.

Quatre sur six avaient en même temps des vertiges très forts.

Trois sont restés absolument guéris.

J'ai dû en trépaner un deux fois, il n'est resté guéri qu'un an.

J'ai opéré un autre malade qui avait deux points douloureux très nets à la pression.

Un des points disparut à la suite d'une trépanation, l'autre point ne disparut pas à la suite d'une seconde trépanation.

A la suite d'une troisième trépanation, il a eu un peu d'amélioration, mais néanmoins il souffre encore.

Je crois qu'il faudrait faire les trépanations à une époque rapprochée du début des phénomènes douloureux.

J'ai fait quatre trépanations pour des épilepsies vraies, cela ne m'a pas donné de bons résultats.

J'ai fait deux trépanations pour des épilepsies symptomatiques, j'ai un bon résultat dans un cas. P. Bazy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Thèses pour le doctorat. — *Mercredi* 27, à 1 heure. — M. Tertillière : Des complications mortelles de l'adénopathie trachéo-bronchique. *Président* : M. Potain. — M. Vincent Martin : Ponctions et injections antiseptiques dans les hémarthroses du genou. — *Président* : M. Lannelongue.

Jeudi 28, à 1 heure. — M. Dauriac : Cancer primitif de la région clitoridienne. *Président* : M. Richet. — M. Rosenthal : Sur les déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux. *Président* : M. Duplay.

Vendredi 29, à 1 heure. — M. Hamaide : Contribution à l'étude clinique des anesthésies dépendant de lésions en foyer de l'écorce cérébrale. *Président* : M. Potain. — M. le Noc : Contribution à l'étude clinique de la forme suffocante de la tuberculose miliaire aiguë. *Président* : M. Damaschino.

NÉCROLOGIE

M. le D[r] Paul Magnien, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne, reçu en 1866.

)r CURLING (de Londres), ancien président du collége des chirur- et auteur d'un *Traité des maladies du rectum* et d'un livre sur les ons du testicule, bien connu en France grâce à la traduction du seur Gosselin.

KUZMIERSKY (Adrien), né à Macau (Gironde), ancien interne des aux de Bordeaux, reçu premier à l'externat des hôpitaux de Paris, 37, mort d'une angine diphthéritique contractée dans son service ital.

NOUVELLES

ULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Par décret, en date du 16 1888, M. Castan, professeur de pathologie interne à la Faculté de cine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de que médicale, en remplacement de M. Combal, décédé.

Cavalier, professeur de Clinique des maladies mentales et nerveuses Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé professeur raire.

CULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — *Concours pour une place de chef linique ophthalmologique.* — Ce concours s'est ouvert le lundi 11 juin ôpital Saint-André.

n seul candidat, le Dr Grosset, s'était fait inscrire. La question écrite t la suivante : Muscles de l'œil, leurs fonctions; strabisme, son étio- e et son traitement. L'épreuve clinique a eu lieu le 12; deux malades fait l'objet d'une leçon clinique; les épreuves pratiques ont été faites 13. Le candidat avait à faire une dissection et une épreuve his- gique.

I. le Dr Grosset s'étant retiré à la dernière épreuve, le jury a proposé demander au ministre de faire un nouveau concours à la rentrée. (*Gaz. d. des sc. méd. de Bordeaux.*)

COLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Par décret, en date du 16 juin 8, il est créé une chaire de clinique ophthalmologique, à l'école de in exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 16 juin 1888, M. le decin principal de première classe Vallin est promu au grade de mé- cin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplace- nt de M. le médecin inspecteur Paulet admis, sur sa demande, à la nsion de retraite.

Par décision ministérielle, en date du même jour, M. Vallin est nommé ecteur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du e corps d'armée.

MISSION OFFICIELLE. — Par arrêté du Président du Conseil, ministre de ntérieur, M. le Dr E. Mauriac, inspecteur général de la salubrité à ordeaux, est chargé d'une mission à l'effet d'aller étudier en Angleterre, 1 Allemagne et en Autriche, la question de l'Assistance publique à omicile, dans ses rapports avec l'insalubrité des logements ouvriers.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE BORDEAUX. — L'association

générale des étudiants de Bordeaux vient de publier ses statuts, elle vient d'être déclarée d'utilité publique. Nous souhaitons à cette fraternelle association de l'université de Bordeaux longue vie et prospérité.

MAIRIES. — M. le Dr Josset est nommé adjoint au maire du XVIIIe arrondissement de Paris.

LA CIRCONCISION ISRAÉLITE. — A la demande du Consistoire israélite de Paris, MM. les Drs Duplay, Klein, Leven, Périer, Marc Sée et Worms se sont réunis sous la présidence de M. Zadoc Khan, grand rabbin de Paris, pour étudier les modifications à introduire dans le règlement de la circoncision. A cinq voix contre une, nos confrères ont rejeté le procédé de la succion ; ils ont proposé de rétablir le poste d'inspecteur de la péritomie, supprimé l'article limitant le nombre des péritomistes à Paris et précisé les soins de propreté que doit prendre l'opérateur. Enfin, M. Duplay a été chargé de formuler le manuel de l'opération et du pansement.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 3 au 9 juin* 1888. — Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 8. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, Croup, 32. — Phthisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 30. — Tumeurs cancéreuses et autres, 40.

Méningite, 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 41. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 45.

Bronchite aiguë et chronique, 43. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 54.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 96.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 19. — Suicides et autres morts violentes, 24. — Autres causes de mort, 161. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine : 890. — Résultat de la semaine précédente : 968.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Les irresponsables devant la Justice, par M. RIANT, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 306 pages, 3 fr. 50

La pratique du massage : Action physiologique, emploi thérapeutique, par W. MURRELL, professeur à Westminster Hospital, ouvrage traduit par le Dr Jennings, avec une introduction par le Dr Dujardin-Beaumetz. — Paris, 1888, 1 vol. in-16 de 168 pages avec figures, 2 fr.

Etude clinique sur le massage appliqué au traitement des fractures juxta-articulaires, par le Dr RAFIN, ex interne des hôpitaux de Lyon. 1888, grand in-8° de 46 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY successeur 52, rue Madame et rue Corneille, 3.

7770.6

CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 74. MARDI 26 JUIN 1888.

LA
RANCE MÉDICALE

'REAUX
s'abonne chez
'SNIER et BABÉ
Place
ole-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

er ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
ivrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome 1. N° 74 Mardi 26 Juin 1888

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Dangers et inutilité de la trachéotomie en un temps

par le Dr H. DAUCHEZ.
Ancien interne de l'hôpital des Enfants.

Dans le courant de l'année 1883, alors que nous étions chargé, sous la direction de M. Labric, du service de la diphthérie, à l'hôpital des Enfants, nous eûmes l'occasion observer une jeune malade dont l'histoire a été rapportée en substance quelques mois après, par notre ami et collègue L. Monnier, interne de M. de Saint-Germain, dans le service duquel le jeune enfant acheva sa convalescence.

Cette observation n'est donc pas, à proprement parler, inédite, et, bien qu'elle appartienne également aux deux services, nous avons cru utile de la rappeler ici en raison de son importance pratique. — On pourra se convaincre en la lisant de l'inutilité, je dirai même des dangers que pourrait faire courir au patient un opérateur novice, moins exercé que notre collègue, dont le jeune malade guérit d'ailleurs vite et bien, grâce aux soins dévoués dont il fut entouré :

Le 11 juin 1883, Lucien K... âgé de 4 ans, rentre à l'hôpital des Enfants dont il est sorti quelques jours auparavant en pleine convalescence d'une rougeole et d'une angine diphthéritique... Environ huit jours après sa sortie de l'hôpital, sa mère le ramène, très effrayée d'un violent accès de suffocation survenu dans la matinée. Il existe en outre du cornage, malgré la conservation de la voix qui reste claire. Pas d'angine. — L'expiration est facile, aucun signe ne permet de soupçonner l'œdème de la glotte; le doigt timidement introduit dans l'arrière-gorge ne donne aucune sensation de bourrelet œdémateux.

L'enfant avait-il le croup ? Telle fut la question posée par l'interne de garde à ceux d'entre nous qui l'assistions. Aucun des assistants n'ayant admis cette hypothèse, on procéda, peut-être un peu vite (vu l'imminence du danger), à l'examen du cou. De ce côté rien non plus, sauf un très léger gonflement; peu ou pas appréciable.

Toujours est-il que notre collègue de garde, partisan convaincu

de la trachéotomie en un temps, ponctionna à 15 millimètres de profondeur la région préthyroïdienne. A peine la ponction était-elle achevée qu'un flot de pus s'écoulait suivi d'une brusque détente des accidents dyspnéiques et de la cessation du cornage. — Ajoutons que la *trachée ponctionnée du même coup* laissa échapper quelques bulles d'air au niveau de la commissure supérieure de l'incision. — L'incision trop étroite et vraisemblablement latéralement placée à gauche en raison de la déviation de la trachée refoulée par le pus, à droite de la ligne médiane, étant linéaire, l'introduction de la canule reconnue impossible et inutile fut omise. D'ailleurs, suivant toute vraisemblance, l'abcès ne communiquait pas avec la trachée dont les lèvres faisaient soupape, comme le prouve l'ingénieuse remarque de notre collègue Monnier !

« Quelques instants plus tard, dit-il, un vomissement s'étant produit, l'enfant expulsa des mucosités nullement sanguinolentes. — Le sang n'avait donc pas pénétré dans la trachée. »

Inutile d'ajouter que les suites de l'opération furent des plus simples et que l'enfant transporté salle Saint-Come (service de M. de Saint-Germain) y guérit rapidement en l'espace d'une semaine.

Deux faits ressortent clairement de cette observation, à savoir : 1° l'inutilité de la trachéotomie en un temps, sauf dans quelques cas tout à fait exceptionnels ; 2° les mécomptes et les dangers auxquels l'intervention rapide expose tout à la fois l'opérateur peu exercé et l'opéré — enfin, la nécessité bien démontrée d'un examen très attentif de la région préthyroïdienne.

Polydactylie chez un nouveau-né.

par M. le Dr Foucart.

Le Dr Foucart communique à la Société médicale du VIe arrondissement un cas de polydactylie chez un nouveau-né qu'il a observé le 8 avril dernier : l'enfant, du sexe masculin, présentait six doigts à chaque main et à chaque pied ; les doigts surnuméraires de chaque main s'inséraient sur le bord cubital et ceux de chaque pied sur le bord externe ; ces doigts étaient bien conformés et ressemblaient aux mains à l'annulaire, aux pieds au petit orteil ; à la main droite, le doigt surnuméraire était pédiculé, à la main gauche et aux pieds ils s'articulaient avec le métacarpien et avec les métatarsiens voisins ; l'enfant, en dehors de ces doigts surnuméraires, semblait bien conformé. M. le Dr Périer, chirurgien de Lariboisière, pratiqua l'ablation des doigts surnuméraires des mains, deux jours après la naissance de l'enfant ; l'opération, pratiquée avec toutes les précautions

antiseptiques, réussit parfaitement bien ; à la main gauche, on suit la surface osseuse un peu proéminente mais il y a lieu d'espérer que cette surface ne se développera pas et disparaîtra avec les années. M. le Dr Périer croit qu'il est préférable d'attendre pour enlever les orteils surnuméraires que l'enfant soit âgé de deux ou trois mois.

Quelle a pu être, dans le cas présent, la cause de ce défaut de conformation ? Au point de vue héréditaire, chez les parents et grands parents, le Dr Foucart n'a rien pu découvrir ; mais il doit signaler l'existence de tuberculeux parmi les grands parents, sans attacher peut-être à cela une grande importance.

Dans la famille même, il faut faire observer que ce jeune enfant est le quatrième ; une sœur aînée, âgée de 7 ans, normalement constituée, est morte d'une broncho-pneumonie dans le cours d'une rougeole ; un frère, âgé de 7 ans, a présenté six doigts à chaque main et à chaque pied ; on a pratiqué dès la naissance l'ablation de ces doigts surnuméraires avec succès ; une autre sœur, âgée de 3 ans et demi, est atteinte de strabisme convergent ; il est remarquable que cette disposition des doigts des pieds et des mains n'ait atteint que les garçons et ait épargné la fille née entre les deux fils. La mère, bien conformée, avait eu un accouchement normal.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Le Jambul, l'orthosyphon (*Therapeutic Gazette, mars* 1888). — Le jambul est le produit d'une myrtacée, *Eugenia jambolana*, qui croît dans les Indes Orientales et atteint des dimensions considérables. Dans les mois de juillet et d'août, il donne une récolte abondante de fruits comestibles d'un goût acidule. On cultive cet arbre à cause de son bois dur et compact et de son écorce précieuse, qui fournit une matière tinctoriale. Son fruit, très savoureux, a la forme d'une olive, de la grosseur d'un pois à celui d'un œuf de pigeon, d'un pourpre brun. Toutes les parties de l'arbre ont des propriétés astringentes, et les feuilles, l'écorce et les semences sont employées par les indigènes pour combattre la diarrhée et la dysenterie.

Le Dr Bamatvala paraît être le premier qui ait préconisé l'emploi des semences de jambul pour diminuer la polyurie et la glycosurie chez les diabétiques : il l'a prescrit à ce titre à la dose de cinq grains toutes les heures. Dans une série d'expériences faites *in vitro*, il a constaté que la poudre de graines de jambul diminue beaucoup la transformation de l'amidon en sucre, sous l'influence de l'extrait de malt. Les médecins américains et anglais, Cauldwelle, Saundby, Kingsburg entre autres, reconnaissent que ce remède diminue la

quantité des urines et du sucre qu'elles renferment ; ce dernier a publié un cas où ce résultat fut constaté très nettement au bout d'une quinzaine de jours, sans rien changer au régime ordinaire. En même temps, le malade, qui était prostré, amaigri, prit des forces et du poids : l'amélioration fut donc générale. H. Fenwick constate que le iambul n'a aucune influence sur le diabète insipide, mais il a observé la diminution des urines et du sucre en même temps qu'une guérison rapide des ulcères gangréneux chez un diabétique. Cependant, à côté d'améliorations très nettes constatées par les auteurs, on signale aussi des insuccès. Il faut dire que, jusqu'à présent, les données que nous possédons sur ce médicament sont purement empiriques et il nous faudra des expériences plus sérieuses pour expliquer le mode d'action du jambul dans le diabète et les différences des résultats qu'on constate dans son usage.

D'après une analyse faite par W. Lascelles-Scott, les semences renferment 13,6 p. 100 d'eau et de substances volatiles, 4,32 de cendres, 31,4 de matières grasses, enfin des traces d'une résine verdâtre et d'une matière cristalline. Les graines possèdent une odeur aromatique et une saveur agréable.

L'*ortosyphon stamineus* est une plante qui croît à Java et aux Indes. M. Périnelle a rappelé, dans le *Répertoire de pharmacie*, que cette plante est employée depuis fort longtemps à Java en raison de son action sur les reins et sur la vessie et que l'attention a été récemment éveillée, dans ces derniers temps, sur son emploi, car le Gouverneur général en a retiré de bons effets pour une gravelle traitée depuis longtemps sans succès. On se sert des feuilles, qui sont desséchées et préparées comme le thé, et on en fait une infusion douée d'une odeur très agréable et d'une couleur rouge-brun. M. Périnelle n'a pas trouvé d'alcaloïde et croit que le principe actif de la plante est une glycoside. La plante paraît aussi renfermer une huile volatile très aromatique. Les feuilles, examinées par un pharmacien hollandais, Van Stallie, renferment un acide résineux, une huile volatile, des acides tannique, citrique et lactique et une glycoside pour laquelle il propose le nom d'orthosyphonine. Celle-ci est représentée par des cristaux aciculaires, d'un goût d'abord amer puis doux, solubles dans l'eau froide, peu solubles dans l'alcool absolu, le chloroforme et l'éther.

Emploi de l'asparagus officinalis dans la métrorrhagie. — Dans une réunion de la Société médicale du Don, *Mme A. Askuetina*, femme-docteur, a présenté une espèce sauvage d'asperge qui est employée dans la médecine populaire en Russie pour arrêter les hémorrhagies. Elle a relaté un cas emprunté à sa pratique, dans lequel ce remède fut employé avec succès. Une multipare, n'ayant pas eu ses

règles à leur époque habituelle, eut une hémorrhagie de moyenne intensité qui résista aux injections d'eau froide et au repos absolu. Au bout d'une dizaine de jours, la patiente, suivant le conseil des siens, eut recours à l'infusion d'asperge : l'hémorrhagie s'arrêta graduellement avant la nuit et la malade expulsa le lendemain matin un fœtus de quatre semaines, dans un état à demi putréfié. La doctoresse Askuetina pense que l'asperge a agi dans ce cas comme ocytocique et a produit la chute de l'œuf, qui était déjà préparée (*Therapeutic Gazette*, 15 mai 1888).

L. Jumon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

—

Séance du 9 mai. — Présidence de M. Fèvre.

M. *le Dr Boehler* lit un rapport sur la candidature de M. le Dr Benault au titre de membre titulaire. Les conclusions de ce rapport sont votées à l'unanimité ainsi que celles du rapport de M. Tisné sur la candidature de M. le Dr Alexandre.

M. *Tisné* lit une analyse du travail de M. Commenge sur « la réglementation de la prostitution devant l'Académie de médecine de Belgique. »

A l'occasion de ce travail, M. Fèvre demande si les médecins des bureaux de bienfaisance donnent des soins aux prostituées.

M. *Commenge* répond que le règlement interdit de donner des soins aux syphilitiques. Il pense cependant qu'il serait humain que cet article fût modifié, et au même titre, il demande que les sociétés de secours mutuels ne refusent plus les soins et les médicaments aux syphilitiques.

M. *Lecoconnier* croit que, en ce qui concerne les prostituées, le règlement est fort sage et que notre devoir est de les envoyer à l'hôpital pour les mettre dans l'impossibilité de nuire.

M. *Commenge* partage cette opinion, car, si on la laisse chez elle, la fille malade continuera son métier. Il faut l'envoyer à l'hôpital, mais comme le demande M. Fournier, il faut un hôpital fermé, dans lequel les malades ne puissent sortir qu'après complète guérison.

M. *Tisné* fait observer que, s'il y a lieu d'envoyer à l'hôpital ces filles, il est utile de pouvoir soigner chez elles des syphilitiques qui peuvent être dignes d'intérêt. En tout cas, il peut arriver, comme l'a fait remarquer M. Fèvre, qu'on soit appelé par une mère dont la fille a été contaminée et qu'il ne soit pas toujours possible de refuser les soins et les médicaments en voilant la maladie. M. Tisné demande

s'il ne serait pas possible au médecin qui est appelé dans une famille non indigente d'en provoquer la radiation.

M. *Commenge* pense que ce n'est pas le rôle du médecin, mais bien celui de l'administration.

M. *Fèvre* dit que cette question a été étudiée par les membres et les médecins du bureau de bienfaisance du xive arrondissement. Le maire ayant observé que, depuis la laïcisation des maisons de secours, les dépenses de pharmacie avaient augmenté dans d'énormes proportions et pensant que le médecin connaît mieux que personne les familles de sa circonscription, il demande que, sans se livrer à une enquête approfondie, ce dernier mette la mention « à surveiller » dans les cas qui lui sembleraient douteux.

M. *Gibert* dit que cette augmentation des dépenses de pharmacie est un fait général ; dans le xiie arrondissement les dépenses ont plus que doublé, aussi a-t-on décidé de ne donner les médicaments qu'aux malades porteurs de leur carte d'indigent.

MM. *Boehler* et *Tisné* confirment ce qu'a dit M. Gibert et disent qu'une mesure analogue a été prise dans le viie arrondissement.

M. *Commenge* fait observé que, bien qu'ayant accepté un tarif réduit, les pharmaciens sont cependant obligés de faire un gain sur les médicaments délivrés au bureau. Tout en laissant de côté les accusations de certains journaux qui prétendent que les médecins, ennemis des laïcisations, augmentent les dépenses à dessein, il faut reconnaître qu'il est des ordonnances exorbitantes (il en est une dont le montant s'élevait à 30 francs). Aussi la commission dont il fait partie propose-t-elle d'adopter un règlement interdisant aux pharmaciens de délivrer d'autres médicaments que ceux portés sur une liste qui sera donnée et qui fixera les quantités maxima de chaque substance : on a voulu comparer les dépenses faites par les malades en ville et à l'hôpital ; cette comparaison est impossible puisque le médicament qui revient à 1200 fr. les 10 kilos pris à la pharmacie des hôpitaux est vendu en ville à raison de 10.000 fr.

M. *Lecoconnier* constate qu'il est difficile de rien faire de général puisque chaque maire reste libre de prendre les mesures qu'il jugera meilleures.

M. *Commenge* répond que, justement, certaines mesures sont devenues générales grâce à l'intervention de l'administration.

M. *Fèvre* se charge de présenter dans la prochaine séance un rapport « sur le service pharmaceutique des bureaux de bienfaisance ».

M. *Lecoconnier* demande de mettre à l'ordre du jour l'étude des modifications à apporter au règlement du concours. Une commission

composée de MM. Chevallereau, Gibert, Lecoconnier, Lecoin et Yvon est chargée de présenter un rapport sur ce sujet.

M. *le président* communique la demande d'admission de M. le Dr Monnet. Une commission composée de MM. Fèvre, Plateau et Lecoconnier, rapporteur, est nommée.

La séance est levée à 10 h. 1/4.

Le Secrétaire annuel,
Dr Ch. Tisné

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour les travaux de micrographie, par les Drs *A. Beauregard*, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, et *V. Galippe*, ancien chef des travaux pratiques de micrographie à l'École supérieure de pharmacie, chef de laboratoire à la Faculté de médecine; 2e édition, un vol. in-16, 900 p. et 586 figures dans le texte. Paris, G. Masson, 1888.

Le complet épuisement de la première édition de cet ouvrage rendait depuis longtemps une seconde édition nécessaire. MM. Beauregard et Galippe se sont mis courageusement à l'œuvre malgré les nombreux changements que devait leur faire apporter une science nouvelle, la bactériologie. Tout en reconnaissant que la nouvelle science avait opéré une révolution profonde « moins par les résultats déjà acquis que par l'importance de ceux que l'avenir laisse entrevoir », ils ont tenu à mettre leurs lecteurs au courant de tout ce qu'un homme qui désire être de son époque n'a plus le droit d'ignorer : les méthodes générales de détermination, de culture et de coloration des principaux micro-organismes, la recherche des parasites dans les sécrétions pathologiques et dans les eaux employées pour l'alimentation.

MM. Beauregard et Galippe exposent d'abord la technique des microscopes et leur emploi, microscope simple et microscope composé; la reproduction des images, les coupes microscopiques, la conservation des préparations.

L'histologie végétale forme le sujet de plusieurs chapitres, les auteurs étudiant successivement les éléments anatomiques, la génération et la multiplication des cellules, leurs formes, les fibres textiles, les marques et la gélification des parois cellulaires, le contenu des cellules; puis vient l'étude des tissus végétaux, des organes et des appareils, appareils protecteurs, conducteurs, de soutien et conjonctifs.

Cette partie de l'ouvrage comprend encore la structure de la tige,

la structure de la racine, enfin la structure des feuilles et des bourgeons.

Le chapitre IX va servir de transition entre l'histologie végétale et l'histologie animale : il est consacré à l'appareil végétatif et aux organes de reproduction des cryptogames cellulaires. C'est ici que les auteurs étudient les schizomycètes ou bactéries que, suivant la classification de Zopf, ils divisent en quatre groupes : coccacées, bactériacées, leptotrichées, cladothrichées. Les développements donnés par les auteurs dans ces études, qui leur sont assurément très chères, satisferont les plus exigeants.

Vient ensuite la description des organes de reproduction des muscinées et des cryptogames vasculaires, puis des phanérogames, et les auteurs abordent enfin l'histologie animale, les tissus, le sang, le pus, les sédiments de l'urine, l'étude du lait au point de vue microscopique, le sperme, les matières fécales, les parasites, les caractères principaux des mucus, l'examen des matières vomies, des taches, des corpuscules et des miasmes de l'air, l'examen microscopique des eaux, enfin l'examen des cheveux et des poils.

Ce simple exposé des titres de chapitre montre l'étendue et la variété des matières traitées dans cet ouvrage. Il est bien peu de parties de la médecine qui ne soient intéressées à des recherches de ce genre ; le médecin et le pharmacien trouveront là un guide sûr et excellent pour des études qui leur deviennent de plus en plus indispensables, et tous ceux qui connaissent la grande science des deux auteurs en même temps que leur remarquable talent de description et d'exposition savent que la lecture de cet important ouvrage ne peut que leur donner beaucoup de plaisir en même temps qu'un très grand profit. A. Ch.

VARIÉTÉS

Jurisprudence médicale.

MÉDECIN CONSULTANT ET MÉDECIN TRAITANT : LEURS CARACTÈRES DISTINCTIFS. — LEURS HONORAIRES

Il faut ranger parmi les médecins consultants, *quel que soit le nombre de ses consultations, celui qui ne donne pas ordinairement ses soins à la personne malade et en traitement, mais qui est appelé auprès d'elle dans un cas difficile ou présentant un danger imminent.*

A ce sujet, le 7 décembre 1887, le Tribunal civil de Bruxelles a rendu le jugement suivant :

« Attendu que l'action du demandeur tend au payement

de 620 francs pour 31 consultations médicales, à 20 francs l'une, du 2 mars au 6 mai 1881;

» Attendu que la défenderesse ne conteste pas que le demandeur soit venu donner 31 fois des soins à feu son mari, mais soutient que la somme réclamée est exagérée parce qu'il ne s'agit pas, dans l'espèce, de 31 consultations mais bien d'une seule consultation avec les Drs L. et R. et de 30 visites simples, le demandeur soignant le malade au même titre que le médecin traitant;

» Attendu que, pour appuyer ses prétentions, la défenderesse définit la consultation médicale « une conférence à laquelle le médecin traitant convie un ou plusieurs praticiens en renom afin de déterminer la nature de la maladie et s'assurer si la médication suivie est bonne;

» Attendu que cette définition est trop limitative, puisqu'il peut y avoir consultation médicale sans qu'il y ait conférence, sans que le médecin traitant soit présent et que le médecin consulté soit un praticien renommé;

» Attendu qu'il faut ranger parmi les médecins consultants celui qui ne donne pas ordinairement ses soins à la personne malade et en traitement, mais est appelé auprès d'elle dans un cas difficile ou présentant un danger imminent;

» Attendu que le médecin consultant qui va voir le malade plusieurs fois par semaine, pendant deux mois, avec le médecin traitant, ne perd pas par cela même sa qualité de médecin consultant; le nombre de consultations, en effet, ne saurait transformer en médecin traitant, le médecin appelé en consultation;

» Attendu, d'ailleurs, que la défenderesse ne saurait sérieusement contester au demandeur sa qualité de médecin consultant puisqu'elle reconnaît que son médecin ordinaire, le Dr L... fait également figurer le prix de 31 consultations sur son état d'honoraires; et que, de plus, elle offre en conclusions au demandeur non seulement une somme de 20 francs pour la consultation avec les Drs R. et L., mais encore 5 francs pour chacune de ses visites, quoiqu'elle sache que le demandeur réclame seulement 3 francs par visite à tous ses clients;

» Attendu que l'offre actuelle de 5 francs par consultation est évidemment inacceptable alors surtout que dès le 3 novembre 1884, la défenderesse elle-même faisait offrir 10 francs par consultation au demandeur, qui les refusa;

» Attendu cependant qu'il n'y a lieu d'allouer au demandeur que cette dernière somme qui est suffisante, si l'on tient compte, d'une part, de la fortune et de la position sociale de la défenderesse et si

l'on considère, d'autre part, que le sieur L. se borne à réclamer 10 francs pour chacune de ses 31 consultations :

» Pour ces motifs, le tribunal, statuant en dernier ressort et écartant toutes conclusions plus amples ou contraires tant principales que subsidiaires, condamne la défenderesse à payer au demandeur la somme de 310 francs ; la condamne, en outre, aux intérêts judiciaires et aux dépens. »

(*Archives de méd. et de chir. pratiques.* Bruxelles.)

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année 1888-1889.* — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1888-1889.

En conséquence, ils devront se présenter au Secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le mardi 26 juin, à une heure et demie, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3 ; — de 1re année, le jeudi 28 juin, à deux heures.

NOUVELLES INSTRUCTIONS POUR LES PHARMACIENS EN BELGIQUE. — Par arrêté royal du 1er mars 1888, les articles 26 et 32 de l'arrêté royal du 31 mai 1888 concernant les officines pharmaceutiques sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« I. (Art. 26). Il est interdit à tout pharmacien de tenir plus d'une officine. Le pharmacien doit habiter la localité où son officine est établie. « Son nom doit être inscrit en caractères facilement lisibles sur l'enseigne, sur les étiquettes sortant de l'officine et sur les factures. Aucun « autre nom, aucune autre qualification que le titre de pharmacien n'y « peuvent figurer, sans l'autorisation de la Commission médicale provinciale, sauf l'exception concernant les spécialités, sur lesquelles le cachet « du fabricant peut être juxtaposé au sien.

« Nul autre commerce ou débit ne peut avoir lieu dans l'officine. Toutefois, si le pharmacien exerce également la profession de droguiste, il « peut conserver les drogues dans l'officine même. »

Il résulte de ceci que la profession de pharmacien doit forcément se transformer d'ici à quelque temps. Plus de vente, par le pharmacien, de parfumeries, peaux de chat, appareils orthopédiques, objets de pansement, instruments de chirurgie, etc., à moins qu'il ne soit droguiste en

même temps. Il en résultera que bientôt il n'y aura plus que des pharmacies-drogueries, comme il en existe dans les petites villes de l'Ecosse et ainsi le pharmacien deviendra un vrai boutiquier.

(*Arch. de méd. et de chir. prat.*)

Exposition d'hygiène a Paris, 1888. — Nous avons déjà anncncé qu'une exposition d'hygiène devait avoir lieu à Paris, au Palais de l'Industrie, et qu'elle ouvrirait ses portes le 20 juillet prochain.

L'importance que prend cette exposition nous engage à rappeler à tous les intéressés qu'elle a reçu l'approbation du gouvernement et que son comité d'organisation a pour vice-président M. Georges Berger, l'infatigable directeur de l'exposition de 1889, qui a déclaré récemment, dans la réunion plénière tenue le 7 mai, que cette sorte de répétition générale de tout ce qui touche à l'hygiène était de la plus grande utilité à la veille de l'exposition de 1889, et qu'il était fort heureux de pouvoir encourager les efforts de la direction de 1888.

Parmi les membres éminents qui ont bien voulu apporter leur précieux concours à cette œuvre et qui composent la Commission d'organisation, nous devons citer notamment : MM. Berthelot et baron Larrey, de l'Institut; Drs Dujardin-Beaumetz, et Ed. Bourgoin, de l'Académie de médecine; Ds Hanriot, professeur à la Faculté de médecine; Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades; Capgrand, Mothes, président de la chambre syndicale des pharmaciens; Dr Richelot, directeur de l'*Union médicale*; Dr Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène, Desnoix, président de la Société de pharmacie ; Ferrand, directeur de l'*Union pharmaceutique*; Chevrier et Portes, pharmaciens ; etc.

C'est notre confrère, M. Louis Bourne, directeur du journal « *le Travail* » et de la *Revue de thérapeutique*, dont la compétence en ces matières est fort connue, qui a été nommé commissaire général, chargé de cette installation, et c'est dans ses bureaux, 2, rue de Provence, à Paris, que nos lecteurs qu'une exposition d'hygiène peut intéresser trouveront tous les plans et les conditions d'admission.

Service militaire des étudiants en médecine. — Dans sa séance de mardi dernier, le Sénat, au cours de la première délibération sur la loi organique militaire, a voté « la réduction à un an de service en temps de paix en faveur des jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaire, ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine. » En outre, il a voté les dispositions suivantes : « En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie seront versés dans le service de santé. A l'expiration de leur année de service, tous les jeunes gens énumérés ci-dessus seront envoyés en congé dans leurs foyers. Au cours de chacune des deux années suivantes, ils seront rappelés pendant quatre semaines. Ils suivront ensuite le sort de la classe à laquelle ils appartiennent. » Ajoutons que, d'après les explications fournies par le ministre de la guerre, les docteurs en médecine et les étudiants en médecine; après leur première année de service, bénéficieront des dispositions

du décret du 5 juin 1883 et des règlements actuellement en vigueur, c'est-à-dire que les docteurs seront appelés comme médecins aide-majors et les étudiants comme médecins auxilliaires.

Les femmes pharmaciens. — Les carrières libérales, excepté l'étude de droit, sont toutes de libre accès pour les femmes. L'Université de Londres, puis la Faculté de Dublin, leur ont ouvert leurs portes. La vénérable corporation des apothicaires vient de capituler à son tour; comme elle a le droit de disposer des permis d'exercer, les femmes pourront à l'avenir s'établir pharmacien, à la seule condition de justifier de leurs conditions spéciales.

Elles continueront cependant à fréquenter l'école de Paris qui leur offre certains avantages sous le rapport des études; mais dorénavant elles ne seront pas contraintes d'obtenir chez vous un diplôme qui, du reste, ne leur donne pas le droit d'exercer la médecine en Angleterre.

Bureaux de bienfaisance. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont priés d'envoyer avant le 4 juillet, au Dr Gibert, rue Keller, 38, l'indication des modifications qu'ils jugent utiles d'apporter au règlement du Concours.

La société clinique de Paris. — La Société clinique de Paris se réunira le jeudi 28 juin, à 8 heures 1/2, salle Prat, 10, cité du Retiro, 35, rue Boissy-d'Anglas.

Ordre du jour. — 1° M. Rendu : Généralisation de kystes hydatiques. Paraplégie.

2° M. Villar : 1° Mammite suppurée chez un homme adulte; 2° luxation de l'axis à la suite d'un cancer du sein chez une femme.

3° Communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La 23e année du Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par le Dr P. Garnier, vient de paraître à la librairie Félix Alcan.

L'auteur enregistre tous les progrès accomplis dans les sciences médicales, pendant l'année 1887, tant en France qu'à l'étranger. Nous signalerons parmi les articles les plus importants ceux que concernent la pathogénie microbienne, la phtisie, la tuberculose, l'hypnotisme thérapeutique, l'alcoolisme, la prostitution et la syphilis; dans l'ordre médico-chirurgical, les nouveaux antiseptiques, anesthésiques et antithermiques et enfin les relations des opérations de laparotomie, néphrectomie, de laryngectomie, etc., qualifiées d'audacieuses par quelques-uns, mais ayant cependant pris leur place dans la pratique journalière. (1 fort vol. in-12, 7 fr.)

Le Propriétaire-Gérant: Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 75. [illegible]

LA

RANCE MÉDICALE

REAUX
s'abonne chez
SNIER et BABÉ
Place
cole-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE .... [illegible]
UNION POSTALE ... [illegible]
PAYS D'OUTRE-MER [illegible]

ser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
uvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

URIAGE (ISÈRE)

Stations de Grenoble et Gières — Saison du 15 Mai au 15 Octobre.
Eaux sulfureuses, salines et purgatives.
Traitement des maladies cutanées, du lymphatisme, de la scrofule, etc.
Bains, Douches, Pulvérisations, Hydrothérapie.

MALADIES DE LA GORGE DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE
PASTILLES DETHAN
AU SEL DE BERTHOLLET
Exiger la Signature de DETHAN, Pharmacien à Paris, rue Baudin, N° 23, et pr. Pharmacies. — La boîte : 2 fr. 50

VIN MARIANI
A la COCA du PÉROU
Le plus efficace des TONIQUES et des stimulants.
Le RÉPARATEUR par EXCELLENCE des Organes de la digestion et de la respiration.
Le TENSEUR des cordes vocales.
Préférable au Quinquina, dont il n'a pas les propriétés échauffantes, il est
le ROI des ANTI-ANÉMIQUES
Son goût délicat l'a fait adopter comme *Vin de dessert*; il rend ainsi, sous une forme agréable, la force et la santé.
Pharmacie MARIANI, 41, Bd Haussmann, et toutes Pharmacies.

ATONIE, DYSPEPSIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ GÉNÉRALE
GRANULES de 2 milligrammes Quassine cristallisée | DRAGÉES de 25 milligrammes Quassine amorphe
QUASSINE ADRIAN
La QUASSINE ADRIAN, essentiellement différente de toutes celles du commerce, est la seule dont les effets réguliers aient été constatés. Elle excite l'appétit, développe les forces, combat efficacement les dyspepsies atoniques, les coliques hépatiques et néphrétiques.
GROS : 11, RUE DE LA PERLE, PARIS

SIROP ET SOLUTION
REINVILLIER
(Lauréat de l'Académie de Médecine)
AU PHOSPHATE DE CHAUX GÉLATINEUX
Le *Phosphate de Chaux* est la substance minérale la plus abondante dans l'organisme, et chaque fois que la quantité normale est diminuée, il en résulte une affection organique grave. — Les nombreuses guérisons obtenues par le SIROP du Docteur REINVILLIER ont classé ce médicament comme le spécifique le plus sûr contre la *Phthisie pulmonaire*, la *Bronchite chronique*, l'*Anémie*, le *Rachitisme*, la *Débilité organique*, les *Maladies du Système nerveux* et des *Os*.
Le SIROP du Docteur REINVILLIER, administré quotidiennement aux enfants, facilite la *Dentition* et la *Croissance*. — Chez les [illegible] il rend le lait meilleur et empêche la *Carie* et la *Perte des Dents* [illegible] la grossesse.
Dépôt : Pharmacie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, à PARIS, et dans toutes Pharmacies.



INAPPÉTENCE — MALADIES de l'ESTOMAC — DYSPEPSIE
ÉLIXIR TRI-DIGESTIF JARLET ET PILULES
Préparations à base de PEPSINE, DIASTASE et PANCRÉATINE
Correspondant à la Digestion de la chair musculaire, des féculents et des corps gras.
UNE GRANDE CUILLERÉE APRÈS CHAQUE REPAS.
PHie GÉNÉRALE, 54, Chaussée d'Antin, et 60, Rue de Provence et Pharmacies.

35e Année. — Tome 1. N° 75 Jeudi 28 Juin 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Paris, le 27 juin 1888.

M. Leloir (de Lille), qui a pu voir un assez grand nombre de cas de pelade, a recherché l'étiologie de cette affection dans les cas qui sont restés assez longtemps sous son observation. Il a ainsi trouvé 36 cas de pelade d'origine nerveuse, 35 cas dont l'origine n'a pu être déterminée et 21 cas où la nature contagieuse de l'affection ne lui a pas paru pouvoir être mise en doute.

M. le professeur Hardy est revenu sur la question de la lèpre. Sans nier la contagion de cette maladie, il a apporté divers arguments pour montrer qu'au moins il ne fallait pas s'en préoccuper. C'est, dit-il, une question de race et une question de climat; nous n'avons donc pas à nous en préoccuper en France, quoique la lèpre existe sur un point très limité de notre sol, la Turbie, et nous pouvons sans danger permettre l'accès chez nous des lépreux qui demanderont à profiter de l'influence bienfaisante de notre climat.

M. Rochard, qui a pu voir de nombreux Européens ayant séjourné dans des pays où la lèpre est endémique, n'en a observé que deux atteints de cette maladie.

M. Besnier ne veut pas pour aujourd'hui réfuter le discours de M. Hardy; il attendra la troisième phase de cette discussion et il espère que l'idée de la contagion, qui fait constamment des progrès dans les esprits, sera alors acceptée par tout le monde.

M. Le Dentu a rapporté l'observation d'un malade chez lequel il avait extrait un calcul d'un rein non suppuré. Il a fait quatre fois la néphrotomie pour des calculs du rein et il a obtenu trois guérisons.

M. Lagneau a lu son rapport sur une communication récemment faite par M. A. Voisin et relative aux avantages de l'emprisonnement cellulaire bien pratiqué.

MM. Barnsby (de Tours) et Charpentier (de Nancy) ont été nommés correspondants de l'Académie dans la 4e division.

A la fin de cette séance, l'Académie a entendu en comité secret le rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant dans la 1re division. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Morache (de Bordeaux); en deuxième ligne, M. Chedevergne (de Poitiers); en troisième ligne *ex æquo*, MM. Fabre (de Commentry) et Niepce (d'Allevard); en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Bottentuit (de Plombières) et Villard (de Guéret). A. Ch.

Note sur deux cas de lymphangiome ganglionnaire (Adénolymphocèle)

Par M. Chipault.
Interne des hôpitaux (1).

Les deux observations que j'ai l'honneur de présenter à la Société ont été recueillies dans le service de mon maître, M. le Dr Théophile Anger.

Observation I. — Jean B......., cocher, âgé de 46 ans. Son père et sa mère, qui étaient cultivateurs, sont morts, il y a quarante ans environ, de maladie inconnue. Ils n'avaient jamais quitté la France. Quatre frères morts en bas âge (de 7 à 9 ans).

Né à Lamfiy, près de Vipera, départ. de la Corrèze, notre malade quitta son pays à dix ans, et alla successivement à Nantes, à Bordeaux, à Cognac, où il fit différents métiers. Depuis vingt-cinq ans à peu près, il est à Paris où il exerce depuis lors la profession de cocher (successivement dans la banlieue, aux omnibus et à Sainte-Anne).

Il a logé un peu partout; actuellement, il habite à Sainte-Anne, au quatrième, dans un logement très sec.

Il y a vingt ans, il s'est luxé la phalange du medius gauche; il a depuis quatre ou cinq ans des douleurs articulaires quand le temps change. Enfin, il y a deux ans, il eut une bronchite qui dura environ deux mois.

Il y a huit ou neuf ans, le malade, à la suite de tiraillements dans les doigts, s'aperçut de ses deux tumeurs qui alors n'étaient pas plus grosses qu'une noisette. Elles occupaient exactement la même place qu'aujourd'hui. Elles restèrent absolument indolores, même pas gênantes, quoiqu'augmentant peu à peu de volume, jusqu'à il y a trois mois. A ce moment, elles avaient à peu près le volume actuel, et commencèrent à devenir douloureuses. Elles occasionnaient,

---

(1) *Communication à la Société clinique de Paris.*

lorsque le malade se levait, soit de son lit, soit d'une chaise, des tiraillements dans l'aine qui disparaissaient au bout de quelques instants.

Il y a quelques jours, les douleurs locales augmentant, le malade se décida à entrer à l'hôpital (30 avril 1888).

Etat au 4 mai. — Le malade présente, au-dessous du pli de l'aine de chaque côté; une tumeur dont le relief est surtout marqué à la partie centrale plane sur une certaine étendue. Les tumeurs sont à peu près exactement limitées au triangle de Scarpa, rectangulaires, le bord supérieur est formé par le pli de l'aine, l'interne par la saillie des adducteurs; les deux externes vont rejoindre l'interne en formant un angle peu marqué. Les dimensions des tumeurs sont :

Côté droit :	bord interne, 9 1/2.	côté gauche.	10
—	bord supér. 9	—	17
—	bord ext. sup. 9	—	10
—	bord ext. inf. 11	—	

La tumeur gauche est peu plus volumineuse que la droite.

La saillie au-dessus des parties environnantes ne dépasse pas un centimètre à un centimètre et demi.

La peau, au niveau des tumeurs, est légèrement bronzée, ce qui date d'une application de teinture d'iode que le malade se fit à ce niveau il y a un mois. En dehors de cela elle est absolument normale, non adhérente aux parties profondes et forme, comme partout ailleurs, un pli lorsqu'on la pince.

La tumeur n'est pas mobile sur les parties profondes. Elle est mate. La consistance est souple, lipomateuse; dans la masse, on a la sensation de cordons enroulés avec nodosités de distance en distance. Ces nodosités sont d'ailleurs mobiles, les unes par rapport aux autres, et semblent réunies par un tissu peu dense.

La tumeur n'est pas réductible par la pression. Elle diminue légèrement par le repos.

En palpant les fosses iliaques on sent des deux côtés des masses donnant la même sensation de cordons enroulés que les tumeurs des aines, elles semblent d'ailleurs se continuer avec celles-ci au-dessous de l'arcade crurale.

Les tumeurs du triangle de Scarpa, non plus que les masses iliaques, ne sont douloureuses par la pression, si forte soit-elle.

Elles ne sont d'ailleurs douloureuses spontanément que de temps en temps et sans qu'on puisse rapporter ces périodes douloureuses à une cause quelconque; elles reviennent deux ou trois fois par semaine, spécialement le jour, durant chaque fois deux ou trois heures et n'empêchent pas, pendant leur durée, le malade de se livrer à ses

occupations. Le malade compare sa douleur à un tiraillement ; il n'a pas eu de ces sortes de crises depuis son entrée à l'hôpital.

Rien du côté des membres inférieurs, en particulier pas d'œdème. Je noterai seulement quelques varices veineuses à la face interne de la cuisse gauche, et à la face antérieure de la cuisse droite. Rien du côté des parties, les fonctions génitales et urinaires sont normales.

Le ventre est resserré au niveau de la ceinture, ce qui tient probablement à l'habitude qu'a le malade de ne pas porter de bretelles. Pas de ganglions aux aisselles, ni au cou.

Rien au cœur ni aux poumons.

Les fonctions digestives sont, paraît-il, un peu moins bonnes depuis un an. Diarrhée, quatre ou cinq fois par jour, depuis quelques années. Pas de troubles des organes des sens, ni de la sensibilité. L'intelligence est peu développée, le sujet est bien musclé et vigoureux.

La peau est bronzée. Les cheveux et la barbe, peu abondants, sont noirs, ainsi que les poils des parties. Le duvet au niveau des tumeurs est normalement développé.

Rien d'anormal du côté de la salivation, de la sudation, de l'urination.

Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

L'examen microscopique du sang n'a rien révélé de particulier.

Le malade sort au bout de quinze jours (14 mai) sans qu'aucune modification soit survenue dans son état local ou général.

Observation II. — F..... (Edouard), âgé de 14 ans et demi, apprenti tôlier.

Son père et sa mère sont bien portants, il a deux frères, l'un de 19, l'autre de 11 ans, et une sœur de 20 ans. Aucun membre de sa famille n'a eu de maladie analogue à la sienne.

Il n'a jamais quitté Paris où il est né. Son père est de Paris, sa mère de Besançon, ils n'ont jamais voyagé ni l'un ni l'autre.

Il a depuis quelques années, tous les hivers, de fréquentes bronchites et des maux de gorge.

Le dimanche 2 octobre 1887, sa mère s'aperçut, en lui faisant prendre un bain, qu'il avait au périnée une tumeur dont il ne s'était pas aperçu jusque-là.

Le 4 octobre, entrée à l'hôpital. On constate au-dessous de chaque pli de l'aine une tumeur assez volumineuse diminuant de volume par la pression sans altération de la peau à son niveau. Par la pression on obtenait la sensation de cordons enroulés. La tumeur périnéale avait les mêmes caractères qu'aujourd'hui. Rien à la cuisse ni à la jambe. Etat général très satisfaisant.

Du 3 octobre 1887 au 20 février 1888, plusieurs bronchites et

maux de gorge ; pas de modifications de l'état général; des varices lymphatiques apparaissent à la partie postérieure de la cuisse gauche.

Le 20 février, je constate qu'il existe, à la partie postérieure de la jambe gauche, des varices lymphatiques que je n'avais pu y découvrir quelques jours auparavant malgré un examen prolongé du sujet. Les tumeurs situées au-dessous du pli de l'aine ont diminué. La tumeur périnéale a plutôt augmenté. Elle repousse en avant le scrotum sans l'envahir. Légère bronchite. Etat général toujours excellent.

Etat le 20 mars. Au dessous des plis de l'aine restent encore quelques nodosités peu marquées, mobiles sous la peau, qui est saine, un peu moins mobiles sur les parties profondes. On peut parfaitement pincer la peau à ce niveau. Immédiatement au-dessous du pli de l'aine, on sent encore quelques ganglions, durs, allongés transversalement en fuseau, très mobiles. Il y en a un à gauche assez volumineux, un autre, à droite, plus petit, accompagné d'un très petit.

Le périnée est occupé par une tumeur allongée d'avant en arrière, située presque complètement à gauche de la ligne médiane, se prolongeant en arrière du côté de l'ischion gauche et se perdant dans la fesse de ce côté. En avant elle repousse le scrotum et s'enfonce du côté de la branche ischio-pubienne gauche. Pour bien sentir sa limite antérieure, il faut relever les bourses en avant et palper profondément à ce niveau. On sent bien alors que la tumeur périnéale est séparée à ce niveau de la tumeur scrotale que nous étudierons tout à l'heure. La peau du périnée est saine, mobile sur les parties profondes. La tumeur périnéale donne au toucher la sensation de cordons en paquet, avec, en certains endroits, des points plus durs comme si les cordons s'étaient enchevêtrés. Dans son ensemble, elle est assez ferme, non réductible. Elle est mate.

Le pli de l'aine droit et la bourse droite sont à peu près normaux, tant à la vue qu'au toucher. Le testicule est à sa place dans la bourse droite. Il remonte jusqu'à l'anneau, soit par la pression du doigt, soit lors d'expiration forcée. La bourse gauche est occupée par une tumeur du volume d'une mandarine et paraît se prolonger en arrière, au moins par sa base, avec sa tumeur périnéale. Elle se continue en haut avec une tumeur parallèle et supérieure au pli de l'aine gauche, se perdant vers le milieu du ligament de Fallope dans les parois abdominales, du volume de trois ou quatre doigts. On peut déjà à la vue différencier la tumeur scrotale, située en haut et en arrière du testicule, placé en avant et en bas d'elle, et séparé d'elle par un pli de la peau scrotale peu accusé. Au palper, on sent qu'il est de consistance normale, l'épididyme paraît sain. Le cordon est englobé par

la tumeur, qui, bien séparée du testicule, est dure, formée comme la tumeur périnéale de cordons enroulés, cependant réductible par la pression prolongée ou par le séjour au lit, mais quant à son volume seulement. Le doigt ne peut sentir l'anneau inguinal. La peau du scrotum est normale et présente les plis caractéristiques.

Les tumeurs presque disparues du triangle de Scarpa, ainsi que la tumeur du périnée et celle des bourses, ne sont douloureuses, ni spontanément, ni à la pression. Elles ne gênent même pas la marche.

Au contraire le palper profond de la fosse iliaque gauche est assez douloureux ; celui de la fosse droite ne donne aucun résultat.

(*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1888. — *Présidence de* M. HÉRARD.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le ministre de l'instruction publi que portant ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Damaschino dans la section de pathologie médicale ; 2° une lettre de la Société centrale d'agriculture de l'Hérault demandant que la tolérance pour le plâtrage des vins soit portée à 4 gr. par litre, la Société prétend que le plâtrage à 2 grammes par litre est absolument insuffisant et inefficace et que, d'autre part, le plâtrage à 4 grammes est complètement inoffensif pour la santé des consommateurs ; 3° une lettre de la Société d'agriculture de Lunel concourant au même but; 4° une lettre de M. le Dr Niepce, d'Allevard, qui envoie à l'Académie deux notes manuscrites, l'une sur la lèpre au point de vue de la contagion, l'autre sur la coloration des bacilles de la lèpre ; 5° la relation d'une épidémie de scarlatine ayant sévi sur la garnison de Givet, avec des formes et des complications graves, du 20 septembre 1887 au 11 mars 1888, par M. E. Longet, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Givet ; 6° la relation d'une épidémie de variole à la Martinique (18871-888), par le Dr Talairach, médecin en chef de la marine ; 7° la relation des vaccinations et revaccinations pratiquées en 1887-1888 à Djelfa (Algérie) par le Dr. Lanel, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment de spahis.

DE L'ÉTIOLOGIE DE LA PELADE. — *M. Leloir* fait sur ce sujet une communication qu'il résume ainsi :

En somme sur 142 cas de pelade observés par moi, dans ces dernières années, j'en prends 92 où j'ai pu établir une enquête suffisamment prolongée pour que l'observation présente une réelle valeur scientifique, et je trouve : 36 cas de pelade d'origine nerveuse que

j'ai dénommés dans le courant de cette note *peladoïdes trophoneurotiques* ; 35 cas où la nature trophoneurotique ou contagieuse de l'affection a pu être déterminée ; 21 cas où la nature contagieuse du mal ne semble pas pouvoir être mise en doute.

Que conclure de tout ce qui précède ? C'est que, ainsi que je le professe depuis 1884, me ralliant à l'opinion de MM. Besnier, Lailler, Vidal, il existe des pelades contagieuses et des alopécies présentant les caractères de la pelade qui doivent être rattachées à un trouble de l'innervation.

Reste à déterminer les caractères cliniques et anatomo-pathologiques permettant de distinguer les vraies pelades contagieuses des pelades d'origine nerveuse ou peladoïdes trophoneurotiques; c'est ce que M. Leloir cherche à faire dans ce travail.

De la contagiosité de la lèpre. — *M. Hardy* croit que la question de la contagion de la lèpre restera longtemps encore en suspend, jusqu'à ce qu'on ait réussi à inoculer cette maladie. Comme M. Le Roy de Méricourt l'a très bien fait observer, de ce qu'une maladie est nettement parasitaire, il ne s'ensuit pas qu'elle soit contagieuse. M. Hardy laissera donc de côté de point de l'étiologie.

Nous ne connaissons rien des conditions de propagation de la lèpre. Nous savons seulement qu'il existe des conditions qui paraissent favoriser le développement de la lèpre et d'autres qui paraissent au contraire s'y opposer.

Certaines races paraissent prédisposées à recevoir l'infection de la lèpre, comme les Chinois, les Mexicains, les Scandinaves. Au contraire les races européennes, sauf les Norvégiens, paraissent assez réfractaires à cette maladie. Dans les hôpitaux de la marine on ne voit que très rarement des lépreux. Ceux de nos compatriotes qui vivent dans les pays où la lèpre est endémique ne contractent que très peu souvent la lèpre, et encore ce sont seulement ceux qui ont vécu longtemps dans ces pays et qui y sont tout à fait acclimatés, qui ont pris en quelque sorte les caractères de la race à côté de laquelle ils vivent.

Les climats à eux seuls sont peut-être suffisants pour provoquer l'apparition de la lèpre ; si le climat ne suffit pas, c'est au moins une condition adjuvante.

L'Europe, il est vrai, pendant longtemps a été envahie par la lèpre ; on a dû créer des léproseries, prendre certaines précautions et la lèpre a fini par disparaître, mais si la lèpre a disparu, c'est moins sans doute à cause des léproseries que parce que ce n'était pas une maladie de nos climats, parce qu'elle n'a pas trouvé dans nos climats des conditions favorables.

Dans la dernière séance, M. Cornil nous a montré qu'il y avait en

France, dans la Turbie, des lépreux; il y en a également en Espagne et en Italie, surtout dans la rivière de Gênes, à San Remo par exemple, où il y a un hôpital de lépreux ; mais ces lépreux sont libres, ils vont de part et d'autre sans que la lèpre y prenne d'extension.

Les soldats qui vont en Cochinchine et au Tonkin y contractent très rarement la lèpre.

Il semble donc que, grâce à notre race et à notre climat, nous devons peu craindre le développement de la lèpre en France. M. Hardy ne s'associe donc pas au cri d'alarme poussé par MM. Besnier, Vidal et Leloir.

Nous avons en effet un certain nombre de lépreux à Paris, dans les hôpitaux, dans les pensionnats, dans les familles, et cependant on ne cite pas de cas de contagion, sauf le cas cité par M. Vidal de cet individu qui avait contracté la lèpre après avoir revêtu les vêtements de son frère mort de la lèpre. Ce n'est donc pas la peine de faire appel aux autorités sanitaires, il ne faut pas alarmer les populations pour un danger que M. Hardy considère comme imaginaire.

M. Hardy termine en disant : Laissons arriver chez nous les lépreux, c'est une question d'humanité, d'autant plus que notre climat peut leur être très favorable.

M. *Rochard* a vu grand nombre de lépreux dans l'Inde, il en a vu quelques-uns à la Guyane et aux Antilles, mais quant aux Européens atteints de lèpre, il n'en a vu que deux cas dans sa vie. Il n'a jamais eu connaissance d'un matelot ou d'un soldat d'infanterie de marine réformé pour cause de lèpre.

M. *Leloir*. Il est certain que la lèpre a actuellement envahi quelques points de l'Europe, par exemple les provinces allemandes de la Baltique.

Le diagnostic n'est pas toujours facile et il est probable que, dans un grand nombre de cas, le diagnostic porte tout simplement celui de maladie de la peau.

Une jeune fille anglaise, soignée par M. Hardy, a contracté la lèpre à Nice où elle avait séjourné pendant un an seulement. Il est probable qu'en un an elle n'avait pas perdu les caractères de la race anglo-saxonne. La vérité, c'est que la lèpre peut être observée dans tous les climats.

M. *Besnier* demande qu'on lui réserve son tour de parole; il ne désire pas parler actuellement et veut seulement protester contre le discours de M. Hardy dont tous les points pourraient être immédiatement réfutés. Aujourd'hui, il faut s'en tenir au remarquable discours prononcé dans la dernière séance par M. Cornil, qui clôt admirablement cette discussion.

M. Besnier prendra la parole dans une troisième phase de cette

discussion, et il pense qu'alors l'idée de la contagion de la lèpre, qui a fait beaucoup de progrès depuis que cette question est à l'ordre du jour finira, par être généralement acceptée.

Extraction d'un calcul d'un rein non suppuré; suture de la plaie rénale; guérison en vingt-cinq jours.—M. *Le Dentu* a pratiqué jusqu'ici quatre fois la néphrotomie, il a eu sur ces quatre cas, trois guérisons; il considère l'opération de la néphrotomie comme beaucoup moins grave lorsque le rein est sain que lorsque le rein est transformé en une poche purulente.

M. Le Dentu présente en même temps les curettes dont il se sert dans ces cas pour l'extraction des calculs du rein (comme MM. Alph. Guérin, Labbé, Le Fort).

Sur l'état physique, intellectuel et moral des détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire en Belgique. — M. *Lagneau*, au nom de MM. Richard et Dujardin-Beaumetz, vient faire un rapport sur le travail récemment lu à l'Académie par M. A. Voisin; M. Voisin demande que l'on applique en France le système usité en Hollande, en Belgique et en Suisse, où les prisons cellulaires sont dans les meilleures conditions hygiéniques. Dans nos prisons cellulaires, les conditions hygiéniques sont généralement défectueuses, et d'autre part, le détenu est trop livré à lui-même. L'Académie n'a pas à se prononcer sur la question de l'emprisonnement cellulaire ou de l'emprisonnement en commun, mais on peut remercier M. A. Voisin d'avoir apporté de nombreux documents montrant que, lorsque l'emprisonnement cellulaire est bien pratiqué, il ne nuit en rien à l'état physique ou à l'état moral des détenus.

Elections. L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (4e division).

Pour la première place, sur 66 votants, majorité 34, M. Barnsby (de Tours) est élu par 41 voix contre 14 données à M. Charpentier, 7 à M. Soubeyran, 2 à M. Fleury et 2 bulletins blancs.

Pour la deuxième place, sur 59 votants, majorité 30, M. Charpentier (de Nancy) est élu par 35 voix, contre 17 données à M. Soubeyran, 2 à M. Fleury, 1 à M. Balland et 2 bulletins blancs.

A 4 heures 3/4 l'Académie se forme en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Tableau des actes du 2 au 7 juillet 1888.

Lundi 2. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel,

Blanchard, Villejean. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Bourgoin, Blanchard. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gariel, Bouchardat, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Hayem, Fournier, Segond. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Budin, Kirmisson. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ollivier, Raymond, Chauffard. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Reclus. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Delens, Pinard, Jalaguier. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Potain, Straus, Brissaud.

Mardi 3. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Gautier, Gariel, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Bourgoin, Bouchardat, Villejean. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Lutz, Pouchet, Blanchard. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Pouchet. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gautier, Blanchard, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Bouchard, Quenu, Poirier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Joffroy, Quinquaud. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Le Fort, Peyrot, Campenon. — 3e examen, docterat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Duplay, Bouilly, Brun. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Peter, Legroux, *Hanot.* — 5e examen, doctorat (1re partie) Charité (1re série) : MM. Panas, Lannelongue, Maygrier. — 5e examen, doctorat (1re partie), Charité (2e série) : MM. Richet, Charpentier, Schwartz. — 5e examen, doctorat (2e partie), Charité : MM. Jaccoud, Fernet, Troisier.

Mercredi 4. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Baillon, Gariel, Villejean. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier, Hanriot, Blanchard. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Regnauld, Bouchardat, Blanchard. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gariel, Bourgoin, Pouchet. — 1er examen, doctorat (3e série) : MM. Gautier, Lutz, Villejean. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Delens, Marc Sée, Poirier. — 2e examen, doctorat (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Déjerine. — 3e examen, doctorat, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Segond, Jalaguier. — 4e examen, doctorat : MM. Hayem, Ollivier, A. Robin. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Guyon, Pinard, Reclus. — 5e examen, doctorat (1re partie), Hôtel-Dieu : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson. — 5e examen, doctorat (2e partie), Hôtel-Dieu : MM. Damaschino, Landouzy, Brissaud.

Jeudi 5. — 1er examen, doctorat (1re série) : MM. Bourgoin, Hanriot, Pouchet. — 1er examen, doctorat (2e série) : MM. Gautier,

Lutz, Blanchard. — 1er examen, doctorat : MM. Baillon, Gariel, Villejean. — 5e examen, doctorat, oral (1re partie) (1re série) : MM. Mathias-Duval, Bouilly, Brun. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (2e série) : MM. Richet, Schwartz, Poirier. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (3e série) : MM. Le Fort, Lannelongue, Peyrot. — 2e examen, doctorat, oral (1re partie) (4e série) : MM. Duplay, Panas, Quénu. — 3e examen, doctorat (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Ballet. — 4e examen, doctorat (1re série) : MM. Ball, Proust, Joffroy. — 4e examen, doctorat (2e série) : MM. Peter, Fernet, Hutinel. — 4e examen, doctorat (3e série) : MM. Laboulbène, Legroux, Troisier.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du clinicat.* — 1° *Clinicat chirurgical.* — *Juges :* MM. A. Richet, Verneuil, Trélat, Duplay et Panas; *suppléant :* M. Lannelongue.

Candidats : MM. Chaput, Rochard, Raymond, Walter, Ricard, Boiffin, et Hache.

2° *Clinicat obstétrical.* — *Juges :* MM. Tarnier, Le Fort, Guyon, Verneui et Duplay; *suppléant* : M. A. Richet.

Candidats : MM. Fournel, Demelin, Lepage, Varnier, Tissier, Bonnaire, Berthod, Ollivier et Boissard.

3° *Clinicat médical des maladies syphilitiques et des maladies des enfants.* — *Juges :* MM. Jaccoud, Potain, Dieulafoy, Damaschino, Fournier, Grandcher; *suppléants :* MM. Cornil et Hayem.

Candidats : *a*) Clinicat médical : MM. Belin, Duflocq, Faubert, Ménétrier, Hischmann et Œttinger. — *b*) Clinicat des maladies syphilitiques : M. Cayla. — *c*) Clinicat des maladies des enfants : MM. Deschamps, Barbier et Martin de Gimard.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 16 juin 1888, M. le médecin principal de première classe Vallin est promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Paulet admis, sur sa demande, à la pension de retraite.

Par décision ministérielle, en date du même jour, M. Vallin est nommé directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

CENTENAIRE DE GALVANI. — *Les fêtes de l'Université de Bologne.* — Les manifestations dont les étudiants français de Paris, délégués par leurs camarades au centenaire de l'Université de Bologne, viennent d'être l'objet méritent de ne pas passer inaperçues. C'est la première fois depuis de bien longues années que la jeunesse française est représentée à l'étranger dans une fête universitaire. Il y a là un fait de nature à donner joie et confiance à tous ceux qui se sont voués à la constitution, en France, de

grands foyers d'enseignement supérieur et d'esprit national. Aujourd'hui, elle est en Italie l'occasion d'une manifestation sympathique à la France. La délégation des étudiants français est arrivée à Bologne dimanche. Plus de six cents étudiants italiens l'attendaient à la gare. A peine débarqués, nos étudiants sortent de l'étui leur drapeau. C'est alors un enthousiasme indescriptible. Les délégués des étudiants allemands étaient là aussi; ils saluent de la rapière le drapeau des étudiants français. Puis on se met en marche aux cris répétés de : *Evviva la Francia!* Ce n'est pas assez; on dételle les chevaux des voitures qui portaient nos jeunes gens, et leurs camarades d'Italie se mettent à les traîner. Bologne est une ville d'Italie où l'on se souvient de ce que l'on doit à la France.

Le lendemain, nos étudiants, respectueux du gouvernement du pays dont ils recevaient l'hospitalité, sont allés au-devant du roi avec les Italiens et les autres étrangers. Leur drapeau marchait en tête, avec le drapeau de Rome à droite et celui de Venise à gauche. A peine descendu de wagon, le roi l'a aperçu; il s'est avancé vers celui qui le portait et lui a exprimé sa joie de voir là des étudiants français. Puis le porte-drapeau s'est trouvé placé devant la voiture du roi, qui a fait son entrée précédé par nos couleurs. (*Temps*).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier, Libraires-Editeurs,
23, place de l'École-de-Médecine.

Traité des fibromes de la paroi abdominale, par les docteurs Labbé et Remy, 1 vol. in-8° avec figures, 7 fr.

Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes, par Hermann V. Zeissl, revu par Maximilien V. Zeissl, ouvrage traduit de l'allemand par le docteur Rangé. 1 vol in-8°, 7 fr.

Traité d'hygiène sociale, par le docteur Jules Rochard, inspecteur général du service de santé de la marine, etc. 1 vol. in-8°, 10 fr.

De l'ulcère simple de l'œsophage, par le docteur Berrez, in-8°, 2 fr. 50.

Etude clinique sur le délire religieux (Essai de séméiologie), par le docteur Dupain, 1 vol in-8°, 5 fr.

La descendance des alcooliques, par le docteur Combemale, in-8°, 3 fr. 50.

Traité clinique des maladies mentales, par le docteur Schule, médecin de l'asile d'Illenau, etc. 3e édition, sera traduit par les docteurs J. Dagonet et Duhamel, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface de M. le docteur H. Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, etc. Premier fascicule, 1 vol. in-8, 4 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.

77706

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE. — TOME I. N° 76. SAMEDI 30 JUIN 1888.

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LECROSNIER et BABÉ
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE.... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 13, rue de Castellane.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés, s'il y a lieu.

35e Année. — Tome 1. N° 76 Samedi 30 Juin 1888

LA FRANCE MÉDICALE

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1888 — Tome I

A

B

C

D

E

F

R

U

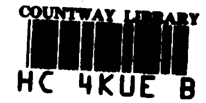
V

Y

TABLE DES AUTEURS

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy successeur
52, rue Madame et rue Corneille, 3.


COUNTWAY LIBRARY
HC 4KUE B